ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

CON LA COOPERAZIONE DEI SIGNORI

Dott. **G. Bargioni**, *Firenze*
Dott. **L. Bergesio**, lib. d., *Torino*
Prof. **G. Berruti**, *Torino*
Dott. **A. Bertazzoli**, libero doc., *Milano*
Dott. **L. M. Bossi**, lib. d., *Genova*
Dott. **E. Bruers**, *Bologna*
Dott. **F. Candia**, *Napoli*
Dott. **F. Caruso**, *Napoli*
Prof. **D. Chiara**, *Firenze*
Dott. **G. Cosentino**, libero doc., *Palermo*
Dott. **G. E. Curatulo**, lib. doc., *Roma*
Dott. **C. Decio**, *Milano*
Prof. **E. F. Fabbri**, *Modena*
Prof. **E. Falaschi**, *Siena*
Dott. **M. Fermi**, *Parma*
Dott. **G. Gelli**, *Firenze*
Dott. **G. Giglio**, *Palermo*
Dott. **G. Kirch**, *Firenze*
Dott. **V. Lauro**, lib. doc., *Napoli*
Dott. **F. La Torre**, lib. d., *Roma*
Prof. **C. Liebman**, *Trieste*
Dott. **A. Manzoni**, *Milano*
Dott. **O. Marchioneschi**, libero doc., *Pisa*
Dott. **C. Marocco**, lib. d., *Roma*
Dott. **A. Maroni**, *Milano*
Dott. **A. Martinetti**, *Firenze*
Prof. **C. Massarenti**, *Bologna*
Dott. **F. Meola**, lib. doc., *Napoli*
Prof. **C. Minati**, *Pisa*
Prof. **O. Morisani**, *Napoli*
Prof. **P. Negri**, *Venezia*
Prof. **M. Pantaleo**, *Palermo*
Dott. **F. Parona**, *Novara*
Prof. **E. Pasquali**, *Roma*
Dott. **G. Piazza**, *Milano*
Dott. **E. Pinzani**, lib. d., *Bologna*
Dott. **R. Polacco**, *Milano*
Dott. **N. Postiglione**, *Napoli*
Prof. **R. Pugliatti**, *Messina*
Dott. **G. Raineri**, lib. d., *Vercelli*
Dott. **G. Roncaglia**, libero doc., *Modena*
Dott. **U. Rusconi**, *Milano*
Dott. **P. Sacchi**, *Cremona*
Dott. **A. Sani**, *Firenze*
Dott. **G. Scarlini**, lib. doc., *Siena*
Dott. **E. Secchi**, *Milano*
Dott. **R. Segrè**, *Milano*
Dott. **P. G. Spinelli**, *Napoli*
Prof. **E. Truzzi**, *Novara*
Dott. **M. Vercelli**, *Saluggia*
Dott. **F. Villa**, *Milano*
Prof. **E. Welponer**, *Trieste*.

ANNO XV - 1893

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-2 MAR 94
LIBRARY

MILANO
LODOVICO FELICE COGLIATI, EDITORE
Via Pantano, 26.

4

Anno XV. Gennaio 1893. Num. 1.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-2 MAR 93
LIBRARY

SUL TERZO PERIODO DEL PARTO

Esperienze cliniche e studio critico
SUL MECCANISMO DEL DISTACCO PLACENTARE

PER IL
Dott. GIACOMO EMILIO CURATULO
Professore pareggiato di Ostetricia e Ginecologia nella R. Università di Roma.

Lo studio del meccanismo fisiologico che determina il distacco della placenta, lungi dall' essere uno di quegli argomenti che hanno valore semplicemente teorico, o che solo soddisfano la curiosità di chi nel campo della scienza ha vaghezza d' indagini, presenta dal lato della clinica sì grande interesse, che non può sconoscersi sol che si voglia per un momento percorrere coll' occhio della mente tutto quello che in quest' ultimo lasso di tempo fu scritto e pubblicato sull' assistenza al secondamento.

L' ultimo periodo del travaglio del parto, *le couronnement de l'édifice*, di un problema meraviglioso di meccanica, ha infatti dato luogo a sì lungo e vivace dibattito, che io penso sia prezzo dell' opera richiamarvi ancora tutta la nostra attenzione.

Era evidente invero, che le discrepanze esistenti nel campo della teoria dovessero riflettersi su quello della clinica e per conseguenza rendere abbastanza difficile e dubbioso al giovane ostetrico il compito suo nell' assistenza a questo periodo del parto.

Egli è però, che se in questa non perfetta concordanza nella interpretazione del processo fisiologico del distacco è da ricercarsi la causa vera dell' incertezza e del disaccordo nel campo della clinica, quali

d'altro canto, potrebbe domandarsi, furono le cause onde tanto fu resa difficile la conoscenza del meccanismo del distacco placentare?

Due in ispecial modo, secondo io penso, esse furono; e mentre è da riporsi l'una nella impossibilità di osservare *de visu* ed in modo incontestabile sull'organismo vivente il fenomeno del distacco, l'altra sembrerebbe doversi riporre su quanto non di rado nei lunghi dibattiti e nelle controversie scientifiche accade di osservare, il volere cioè essere corrivi a limitare ad una causa soltanto, escludendone in modo assoluto ogni altra, l'origine di un processo fisiologico, che in un complesso di fattori la sua ragion di essere trova riscontro.

Il fenomeno del distacco degli annessi fetali, per ragioni ovvie, si sottrae alla nostra diretta investigazione, mentre d'altro lato l'osservazione al tavolo anatomico di questo periodo del parto, colto in flagrante, non fu dato poterlo osservare che ben rare volte. Così, se possediamo oggidì Atlanti bellissimi di sezioni di cadaveri congelati di donne venute meno durante lo stato gravidico, ovvero in travaglio, nel periodo dilatante e nell'espulsivo, non abbiamo che ben poche sezioni che riguardano il periodo del secondamento, e da queste, ad eccezione di quella del Pestalozza e delle recentissime pubblicate dal Pinard e Varnier, ben limitata è l'utilità che se ne può ricavare per il nostro obbietto, a cagione dell'avvenuto distacco della placenta.

Uno studio completo sul secondamento, non può adunque che riuscire abbastanza difficile e complesso, in ispecie se alle difficoltà inerenti all'argomento si aggiungano eziandio quelle non lievi di una letteratura assai ricca e discorde, in guisa che non poca è la confusione che ne riceve chi per esteso si dà a leggerla.

In questo lavoro facendo uno studio critico della letteratura attingendone alle fonti, cercheremo di essere più completi che sarà possibile.

La letteratura ostetrica italiana se possiede lavori veramente pregevoli ed originali sul meccanismo del parto nei suoi due primi periodi, e sopratutto quelli interessantissimi dell'Inverardi, è però poco ricca per quanto concerne il terzo periodo: nullameno non mancheremo di citare a tempo ed a luogo ciò che fu a nostra conoscenza.

Dietro uno studio critico delle teorie emesse, sulla base di alcune cliniche investigazioni, noi cercheremo di dare una giusta interpretazione del meccanismo fisiologico del distacco della placenta.

Inoltre relativamente alla questione riguardante lo strato della decidua, ove il distacco delle membrane si compie, ci sarà dato di esprimere il nostro pensiero sulla scorta di alcune ricerche istologiche in proposito istituite.

* * *

Espulso il prodotto del concepimento, segue il terzo stadio del parto, o periodo del secondamento, durante il quale si espellono dalla cavità uterina gli annessi del feto: placenta e membrane.

Freeland Barbour per analogia riguardò questo periodo come un parto in miniatura e lo definì: *second labour in miniature* (1).

Il paragone però, non isfuggì la critica fine di Berry Hart, il quale giustamente osserva che se nel terzo stadio del parto noi abbiamo separazione ed espulsione, nel primo e nel secondo periodo si tratta solamente di espulsione, se non si vuol far calcolo della seperazione delle membrane in corrispondenza del segmento inferiore dell' utero.

Scolasticamente è noto, come il periodo del secondamento venga distinto in tre tempi: il primo comprenderebbe il distacco della placenta dalla parete uterina, il secondo il passaggio di essa dal cercine di contrazione nel flaccido segmento inferiore o nella vagina, il terzo l'espulsione dai genitali.

Come una tale divisione sia meramente scolastica non è mestieri dimostrarlo: la placenta invero, nella maggioranza dei casi, nel tempo stesso che rompe i legami che alla parete uterina la tengono aderente, o in altre parole, mentre si distacca dalla sua inserzione, scende nel segmento inferiore in guisa che il secondo tempo contemporaneamente al primo si compie.

Già da un pezzo i cultori di cose ostetriche furono divisi in due campi completamente opposti per quanto concerne il meccanismo pel quale la placenta viene a staccarsi dalla matrice; sebbene, come ci occorrerà di dimostrare, tale discordanza più che riguardare il meccanismo del distacco riguarda il modo di espulsione. Da un lato stanno i seguaci

---

(1) Freeland Barbour. « On Sectional Anatomy of Labour. » *Edin. Med. Journal.*, Nov. 1887, pag. 413.

della dottrina di Baudelocque, che lo Schultze fece sua, dall'altro tutti coloro che alla teoria del Duncan fanno completa adesione.

Ma più recentemente l' argomento fu oggetto di nuovi studî da parte d' insigni ostetrici, e per opera di Berry Hart e Freeland Barbour di Edinburgo nuove teorie furono emesse, le quali in queste pagine esporremo con quella critica che ci sembra possano dar luogo.

Però, se indaghiamo tempi più remoti, dalle controverse dottrine che regnarono riguardo alla condotta da tenere l'ostetrico nell' assistenza al secondamento, di leggieri puossi arguire quanto ugualmente incerte dovevano essere le opinioni esistenti sul meccanismo del distacco degli annessi fetali. Mentre Ippocrate, ad esempio, insegnava che il secondamento al più presto possibile dovesse compiersi, e con lui coloro che lo seguirono si studiavano di riuscirvi scuotendo il corpo della puerpera, facendo trazioni sul funicolo, somministrando polveri vomitive o starnutatorie, e prescrivendo eccitanti interni, Sorano a sua volta, censurava vivamente questi mezzi, consigliando di essere ancora più solleciti, d' introdurre la mano nell' utero e portarne fuori la seconda dopo di averla con quella distaccata (1).

Questi mezzi così energici messi in opera per espletare il secondamento e che non solo ai tempi d' Ippocrate e di Sorano vediamo usati, ma eziandio in altri posteriori da Aristotile, da Ezio, da Avicenna sino ai tempi del Savonarola, nel 1466, non sono altro che una conseguenza necessaria della dottrina in allora esistente sul meccanismo del parto. Ritenendosi infatti, non essere le contrazioni uterine quelle che danno luogo alla nascita del feto, ma questo il fattore della nascita, era ben naturale l' opinione che l' espulsione della placenta, corpo inerte, non potesse farsi spontaneamente, e quindi necessario l' intervento con mezzi energici. Ed è strano invero, come bene osserva il chiarissimo prof. Tibone nelle sue note allo Schroeder, il fatto che idee così false sul meccanismo del parto trovassero tanto numero di fautori, quando già Galeno 161 anni a. C., aveva insegnato che l' espulsione del feto è la conseguenza della contrazione delle fibre trasversali e longitudinali dell' utero, coadiuvata dalla contrazione dei muscoli addominali.

---

(1) SCHROEDER. « Trattato di Ostetricia » con aggiunte del prof. Tibone, pag. 248.

Nello studio del terzo stadio del parto riteniamo assolutamente indispensabile, come Barbour ha rilevato (1), distinguere l'una dall'altra le due quistioni ad esso riferentesi, cioè del meccanismo del distacco placentare e del modo di espulsione. « The question of separation of the placenta must be kept quite distinct from its expulsion. »

Ciò è, a mio modo di vedere, non abbastanza tenuto in conto da coloro che si sono occupati di questo argomento.

Il modo di espulsione può variare per molteplici ragioni e tra queste la sede d'inserzione, la forma della placenta, le eventuali trazioni sul cordone, la brevità di questo e le aderenze patologiche. Il meccanismo del distacco invece, quindi le cause che lo producono, debbono essere sempre le medesime; ma ci affrettiamo a dichiarare come fa mestieri considerare diversamente questo meccanismo, a seconda che l'inserzione della placenta ha luogo nel corpo ovvero nel segmento inferiore dell'utero. La inserzione della placenta su quest'ultimo segmento uterino è già un fatto anormale ed il volere, come Berry Hart sostiene ed a suo tempo discuteremo, ridurre ad un solo ed identico il meccanismo nei due casi cennati non è, io penso, conforme alle nostre conoscenze sul meccanismo del parto, se si pensa per un momento all'opposto comportarsi nel decorso di questo dei due segmenti della matrice, comportamento che è in così diretta antitesi che un immaginoso ostetrico d'oltre Alpi, l'Auvard, ebbe a definirlo un conflitto (2).

Mentre ammettiamo adunque, due meccanismi pel distacco placentare, l'uno normale, l'altro anormale, potremmo d'altro lato ammettere varie le maniere d'espulsione, non dipendendo *in genere* il modo con cui la placenta discende, dal meccanismo per cui il distacco si compie. Ritorneremo su ciò in seguito, interessandoci solo qui d'insistervi, perocchè sembrerebbe appunto che in questo equivoco Matthews Duncan istesso sia caduto (3), allorchè volle descrivere per meccanismo naturale del distacco, ciò che potrebbe essere una maniera, la più frequente forse, di espulsione della placenta. Ma più che questo autore, male in verità si opposero in seguito gli altri, i quali accennando alle

(1) Barbour. *Edinb. Med. Journal,* 1888.

(2) Auvard. *Archives de Tocologie,* juin 1888.

(3) Duncan. « Mechanism of natural and morbid parturition, » 1875, pag. 246.

teorie esistenti sul meccanismo del secondamento ne posero, come già dissi avanti, due, che per loro sarebbero in perfetta antitesi, l'una delle quali dallo Schultze si fa capitanare, l'altra dal Duncan. Perocchè leggendo con attenzione i lavori di entrambi si osserva non esistere gravi divergenze riguardo alle cause essenziali del distacco; tutti e due questi osservatori convengono nello ammettere la contrazione e la retrazione uterina, e quindi la riduzione dell'area d'inserzione, come causa principale del distacco della placenta. Il disaccordo invece risiederebbe nel modo di espulsione e nello ammettere o meno nel secondamento normale una certa quantità di sangue, che tra la parete uterina e la placenta si raccoglierebbe, relativamente cioè all'*ematoma retroplacentare* (retroplacentares Hämatom), che mentre non è dal Duncan ammesso, è ritenuto invece da Schultze e dall'Ahlfeld in ispecie, un attributo necessario del distacco normale.

È mestieri adunque, pria d'inoltrarci nella disamina di questo argomento, il notare come per non cadere in false interpretazioni, noi non useremo nel corso di queste pagine la parola « meccanismo » nel senso generalmente usato nel linguaggio ostetrico, a significare cioè, le successive posizioni che attraverso la filiera pelvica il prodotto del concepimento ed i suoi annessi vanno occupando. Sotto il titolo di meccanismo del distacco placentare noi intendiamo parlare delle cause che lo determinano e del modo come queste cause agiscono, mentre sotto quello di espulsione discorreremo delle diverse maniere nelle quali la placenta può discendere dalla cavità dell'utero in vagina e dei modi di presentarsi di essa alla vulva.

Lo studio dell'un capitolo va assolutamente diviso dall'altro.

I.

Fu scritto da alcuno che lo Schultze più che da quella del Baudelocque avesse attinto la sua teoria dal maestro di questi, il Solayres (1). Baudelocque (2), è vero, non annette alla raccolta ematica retroplacen-

(1) CHAMPNEYS. « Mechanism of the third stage of labour. » *Obst. Trans.*, vol. XXIX, pag. 128.

(2) BAUDELOCQUE. « L'art des accouchements. » 1781, Tom. I, pag. 310.

tare che un' importanza secondaria ed accidentale, ma nemmeno il Solayres ve ne annette una maggiore. Fu lo Schultze che per il primo ebbe a richiamare l'attenzione sulla importanza della quantità di sangue che costantemente si accumula dietro la placenta, ma più di lui fu in seguito l' Ahlfeld che validamente sostenne l'assunto.

Schultze (1) così dice parlando del distacco della placenta: « Già le doglie che hanno completamente espulso il feto rimpiccioliscono l'utero sì considerevolmente, che la placenta in gran parte dalla parete uterina viene staccata. La doglia consecutiva ed il sangue che abbondante fuoresce dalle vene dell'utero lacerate, spingono la placenta completamente dalla parete dell'utero attraverso l'apertura delle membrane ed essa viene espulsa colla superficie fetale in avanti. »

Baudelocque, un secolo addietro circa, avea gittato le basi della teoria che poi dallo Schultze fu rimessa in vita e sostenuta. Egli parlava bensì, di una raccolta ematica versatasi tra placenta ed utero, che la fa protuberare se il distacco comincia dal centro, ma non vi annetteva importanza come causa del distacco ed è abbastanza esplicito quando scrive: « L'utero ne è il principale agente e la sola sua azione produce il distacco della placenta. »

Spaeth (2) si accorda con Schultze, ma egli assegna maggiore importanza alle contrazioni: « Sotto l'azione delle doglie, l'utero diventa man mano più piccolo, la sua superficie interna si contrae su quella placentare e completa il distacco che nel precedente periodo erasi già iniziato e che tinse le acque posteriori in rosso; ordinariamente la placenta nel suo centro distaccata fa prominenza colla sua faccia fetale attraverso l'orificio dell'utero ed in ultimo viene spinta completamente in vagina. »

Ma chi validamente illustrò e difese la teoria Baudelocque-Schultze fu l' Ahlfeld (3). Egli scrive: « La placenta si distacca normalmente in maniera che è il centro il primo ad essere distaccato, mentre la parte marginale ancora fortemente aderisce. Nel luogo dove la decidua riflessa, dalla decidua vera allontanantesi, ispessisce il mar-

---

(1) SCHULTZE. Wandtafeln. Tafel. XVI, fig. III; « demonstration der Geburts-Wehen. » 1865.

(2) SPAETH. « Compendium der Geburtskunde, » pag. 85.

(3) AHLFELD. « Abwartende Methode oder Credéscher Handgriff? » 1888, pag. 10-11.

gine placentare, si trova di solito l'adesione più considerevole; ora avvenendo una riduzione in superficie della parete uterina in tutta l'area d'inserzione placentare, il centro è il primo a distaccarsi, poi il margine più aderente. Il distacco può avvenire in forma di sollevamento del centro verso la cavità uterina, perciò si ha uno spazio cavitario (Hohlraum) tra la parete uterina che si contrae e la parte della placenta che se ne allontana, il quale spazio deve necessariamente, per aspirazione essere colmato. Il sangue che fuoresce è quello dei vasi deciduali; io ho designato questa raccolta col nome d'*ematoma retroplacentare*. Essa è un attributo necessario del distacco normale della placenta. « *Er ist ein nothwendiges Attribut der normalen Placentalösung.* »

Ma oltre a questa l'Ahlfeld, è a notare, ammette un' altra causa del distacco e cioè, la diminuita contrattilità del luogo d' inserzione della placenta, per cui il sangue contenuto nella trama uterina per effetto delle contrazioni delle altre zone uterine, verrebbe spinto più particolarmente su quella porzione della superficie interna che è più vascolarizzata e meno contrattile, sull'area d' inserzione della placenta. Questo fatto egli deduce dallo studio di un utero amputato dal Dohrn coll'operazione di Porro. La sezione dello Stratz (1) in donna morta per eclampsia e quella del Pestalozza sembrerebbero confermare questa veduta, essendo la zona dell'utero, ove la placenta inserivasi, assai più sottile del rimanente delle pareti uterine, così gli studi recenti di Pinard e Varnier.

È noto come vari ostetrici, e tra questi oltre all' Ahlfeld si annoverano Leopold (2), Barbour (3), e Saenger (4), si siano serviti per lo studio dell'argomento di uteri ottenuti mediante l'operazione di Porro. Si comprende però di leggieri, come le condizioni nelle quali questi osservatori mettevansi fossero ben lontane dalle fisiologiche, onde giustamente oppugnate furono le conclusioni, cui essi eran pervenuti. Saenger istesso ad ovviare quest' inconveniente proponeva in casi ulteriori di operazione di Porro: 1) di osservare l'utero *in situ* e non fuori della

---

(1) Stratz. Die Nachgeburtsperiode, in Schroeder's « Der schwangere und Kreissende Uterus. » Bonn, 1886.

(2) *Arch. f. Gyn.*, Bd. XIX, pag. 403.

(3) Barbour. *Edinb. Med. Journ.*, Sept. and Oct. 1884.

(4) Saenger. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXVI.

cavità addominale; 2) che nessuno inceppo avrebbe dovuto farsi alla circolazione (dita, lacci elastici, ecc.); 3) che la placenta non avrebbe dovuto essere toccata; 4) che il processo del distacco avrebbe dovuto essere interamente a sè medesimo abbandonato; 5) che durante le contrazioni dell'utero l'incisione fatta avrebbe dovuto essere chiusa colle mani. Malgrado però tutte queste precauzioni, conveniamo con Champneys che le condizioni sono sempre lontane dal vero.

Lemser (1), esperimentando sulle coniglie, aveva sostenuto che il distacco principalmente avviene per lo spostamento della placenta dalla sua inserzione, causato dalle contrazioni ascendenti e discendenti dell'utero e Ruysch (2) descrisse uno strato circolare di fibre che designò deputato alla espulsione della placenta « *ad depulsionem placentae.* »

Più originale però, fra tutte le teorie messe avanti per ispiegare il distacco della placenta è certamente quella di Berry Hart (3). Questi ha voluto ridurre ad unico il meccanismo del distacco placentare, vuoi che la inserzione si faccia sul corpo dell'utero, vuoi sul segmento inferiore.

La separazione della placenta, afferma Hart, può solo avvenire quando vi è una sproporzione tra superficie placentare ed area d'inserzione. Ora questa sproporzione non ha luogo durante la contrazione uterina, poichè è dimostrato (dice egli) da Freeland Barbour che una diminuzione nell'area d'inserzione sino a quattro pollici non produce il distacco; questo invece ha luogo per il rilasciamento elastico (*elastic recoil*) che segue alla contrazione. A cagione di tale rilasciamento l'area d'inserzione aumenta alquanto e siccome la placenta ora non contiene più sangue o poco, non può seguirlo: da qui una sproporzione tra area d'inserzione e placenta, che conduce alla distensione delle trabecole dello strato spongioso ed alla rottura delle medesime.

Ma potrebbe dimandarsi: perchè il distacco non ha luogo già nel primo o nel secondo periodo del parto? A questa obbiezione Hart ha risposto (4).

---

(1) LEMSER. « Die Physiologische Loesung des Mutterkuchens. » Inaug. Diss., 1865, pag. 51.

(2) RUYSCH. « Tract. Anat. de musculo in fundo uteri observato. » Amsterdam, 1742, pag. 9.

(3) BERRY HART. « Note on the mechanism of the separation of the placenta during the third stage of labour. » *Edinb. Med. Journ.*, 1887.

(4) BERRY HART. « Improved Method of managing the third stage of labour. » *Edinb. Med. Journ.*, Oct. 1888. Reprinted from. Vol. II of Laboratory Reports issued by the Royal College of Physicians.

Le modificazioni dell' area d' inserzione, cioè, diminuzione durante le doglie ed espansione dopo, sarebbero durante il primo e secondo periodo del parto dalla placenta perfettamente seguite per l' attività circolatoria materna e fetale. Nel terzo periodo invece, la circolazione fetale viene troncata ed allora i villi sono fortemente addossati l'uno contro l' altro (non esistendo più gli spazi intervillosi); divenendo quindi la placenta durante il tempo del secondamento un tessuto privo di sangue (*a bloodless structure*) non può seguire l'aumento dell'area che tien dietro alla contrazione. Questa maniera d' interpretare il meccanismo del secondamento porta come conseguenza uno speciale comportamento nell' assistenza a questo periodo del parto. Hart ha formulato infatti, le seguenti regole (1):

1. Subito dopo l'espulsione del feto notare se il fondo dell'utero si trova a livello dell'ombellico, ovvero al disotto, e se l'utero contiene un altro feto. Praticare un' iniezione d' ergotina nelle multipare, se il travaglio fu lento.

2. Non legare il cordone ombellicale prima che il feto non abbia ampiamente vagito e praticare una sola legatura.

3. Sezionare il funicolo dal lato placentare della legatura e lasciare scorrere il sangue dalla parte placentare in un piatto, indi legarlo onde evitare s' imbrattino le lenzuola. Praticare tosto una seconda legatura nel caso che vi sia un secondo feto.

4. Prima di fare la prima legatura bisognerebbe assicurarsi mercè la palpazione addominale, che l' utero non sia così rilasciato da cagionare emorragia.

5. Lasciare la mano sull'utero: non fare manovre, e se insorge una buona contrazione permettere che l' utero si rilasci dopo che la doglia è cessata.

6. Se vi fosse emorragia, ovvero se le contrazioni fossero deboli, si afferra l' utero in maniera da provocare una contrazione che arresti l'emorragia.

7. Non fare, in caso normale, manovra alcuna fino a che la diminuzione della massa dell' utero non dimostri che la placenta è separata

---

(1) Ibid., pag. 11-13.

e che è in via di essere espulsa; l'espulsione può allora essere favorita colla « espressione. »

8. Si può dire che la placenta è separata, ma non discesa, allorquando una leggiera espressione la fa discendere.

Le ragioni che indussero Berry Hart a formulare le menzionate norme sono le seguenti: la palpazione e l'ergotina assicurano la retrazione notevole dell' utero e fanno vuotare gli spazi intervillosi. La circolazione fetale d' altro canto viene ad essere aspirata col fare ampiamente vagire il feto e colare il sangue dal funicolo. Queste due pratiche cagionano la necessaria sproporzione più presto, perocchè la placenta, ridotta considerevolmente, non può seguire l' aumento della sua area d'inserzione che ha luogo durante il rilasciamento e viene a rompersi più presto lo strato spongioso. L'autore afferma che dal tempo in cui cominciò ad usare tale procedimento non ha incontrato difficoltà alcuna, che le membrane sono espulse integre e che ogni intervento è ridotto al *minimum.*

Ma per quanto attraente, perchè semplice e riduce ad unico il meccanismo del distacco, possa a prima vista apparire la teoria dell' Hart, essa non può però sfuggire ad una critica rigorosa. Barbour (1) giustamente afferma che quantunque dai suoi preparati anatomici risulti che la diminuzione dell' area d' inserzione sino ad un dato limite (quattro pollici per quattro pollici e mezzo) non produce separazione, è evidente però, che debba esistere un limite, oltre il quale la detta diminuzione non può più avverarsi senza separazione, ed è perfettamente possibile, sebbene non provato ancora, che quello di quattro pollici per quattro pollici e mezzo sia vicino al limite in cui comincia il distacco. Noi potremmo, dice il Barbour, fare un passo più avanti e dire che tale diminuzione prepara già la via alla separazione; nè sarebbe esatto l' affermare che il distacco non accade nel primo e nel secondo periodo del parto, perchè la circolazione fetale permette alla placenta di riespandersi, perocchè si vede spesso che la placenta rimane aderente in casi in cui il feto era morto prima del parto e quindi la circolazione fetale era cessata, come si osserva dalle sezioni congelate di Schroeder e Barbour stesso.

---

(1) BARBOUR. « A criticism of papers by Cohn, Champneys and Hart. » *Edinb. Med. Journ.*, 1888.

Dissimo sin da principio come le sezioni congelate fatte in numero relativamente considerevole in quest'ultimi anni in Germania, in Inghilterra ed in Italia, se hanno recato molta luce su varii punti oscuri del primo e secondo periodo del parto, poco o nulla però, han contribuito per quanto concerne il secondamento. Infatti le splendide sezioni fatte da Webster e Barbour di Edinburgo (1), dal Brawne (2), dal Waldeyer (3), dallo Schroeder (4), dal Winter (5), dal Chiari (6), dal Saexinger (7), dallo Stratz (8), dal Benkiser ed Hofmeier (9) in Germania, nulla ci dicono di positivo circa il distacco della placenta. Accade per lo più la morte della pregnante durante la gravidanza o nel primo periodo del parto, e se essa avviene appena espulso il prodotto del concepimento, viene di solito praticato il secondamento artificiale. Più fortunato fra tutti fu il nostro Pestalozza (10) in un caso in cui egli potè colpire la pregnante nel periodo del secondamento. Era infatti l'unica sezione degna di nota, che esisteva prima che fossero state pubblicate recentissimamente le tavole del Pinard e Varnier e che solo alla fine di questo lavoro mi occorre d'avere tra mani (11). Le due sezioni dello Stratz invero, praticate su uteri asportati dalla pelvi riguardano l'una un caso di placenta previa e l'altra un caso di una donna morta di eclampsia, ma in questa la placenta era inferiormente tutta staccata.

Era nostro intendimento praticare delle esperienze su animali, ma le difficoltà da un canto non lievi nel procurarci degli animali di una certa mole e dall'altro il fatto che in simili ricerche non si possono

---

(1) Barbour and Webster. « Anatomy of advanced pregnancy and of labour, as studied by means of frozen sections and casts, » 1890. — Barbour. « Atlas of Anatomy of labour. » Edin., 1889. - « The Anatomy of labour, etc. » Edin., 1889.

(2) Brawne. « Die Lage des Uterus und Foetus am Ende der Schwangersch. » Leipzig, 1872.

(3) Waldeyer. « Medianschnitt einer Hoch.... » Bonn, 1886.

(4) Schroeder. « Der Schwangere und.... » Bonn, 1886.

(5) Winter. « Zwei Medianschnitte durch Gebärende etc. » Berlin, 1889.

(6) Chiari. « Ueber die topografischen Verhältnisse etc. » Wien, 1885.

(7) Saexinger. « Gefrierdurchschnitt etc. » Tübingen, 1888.

(8) Stratz. « Loco citato.

(9) Benkiser und Hofmeier. « Beitrage zur Anat.... » Stuttgart, 1887.

(10) Pestalozza. « Studi anatomici e clinici sull' utero in gravidanza ed in travaglio. » Nel volume di « Studi di Ost. e Gin. » dedicato al prof. Tibone, pag. 163-266.

(11) Pinard et Varnier. « Etudes d'anatomie obstétricale normale et patologique, » 1892.

alla nostra specie applicare i risultati ottenuti esperimentando sugli animali, per la differente conformazione dell' utero, ci fecero abbandonare il pensiero. Abbiamo voluto quindi, controllare ripetutamente insieme al prof. Pasquali, nella Clinica Ostetrica di Roma, il distacco della placenta in una serie di partorienti, introducendo la mano nell' utero subito dopo l'espulsione del feto.

Senza dubbio la nostra maniera di esperimentare non aveva l' attrattiva della novità, perciocchè Lemser, Schroeder e Cohn avevano già in tal guisa esperimentato; ma avuto riguardo alle difficoltà che l'argomento presenta nel trovare nuove vie d' indagine ed alle discrepanze tra le conclusioni alle quali gli esperimentatori menzionati pervennero, credemmo prezzo dell' opera ripetere nuove ricerche, usufruendo dell' istessa maniera d' indagine.

Lemser (1) introdusse la mano nell' utero in 168 casi ed egli trovò nel 71 0[0 la placenta separata nell' orificio esterno e solo in 4 casi trascorse alquanto tempo. Secondo quest' autore adunque, il distacco placentare sarebbe completo alla fine del secondo periodo del parto. Dopo Lemser, fu Schroeder (2) che esperimentando allo stesso modo avvertì sulla faccia fetale della placenta una protuberanza ed il centro di essa spingersi verso l'orificio interno, invertendo le membrane. Nei casi veramente tipici il sangue raccoltosi dietro la placenta era contenuto nelle membrane invertite ed *eccezionalmente vide discendere la placenta pel suo margine*. Secondo lo stesso autore alla prima doglia la placenta si farebbe più spessa e protuberante.

Cohn (3) si accorda nel riscontrare più ispessita la placenta durante la prima contrazione, ma essa si farebbe invece protuberante nel momento della pausa susseguente a quella; in altri termini è durante il rilasciamento dell' utero che l'ematoma si formerebbe. Non esporremo singolarmente le nostre osservazioni per amore di brevità, ma riferiremo le conclusioni, ritenendo indispensabile dividerle in varie categorie a seconda della ubicazione della placenta. Divideremo i casi: 1) in cui la

---

(1) LEMSER. Loco citato, pag. 16.

(2) SCHROEDER. Loco citato, pag. 96.

(3) COHN. « Zur Physiologie und Diätetick der Nachgeb. » *Zeits. f. Geburt. und Gyn.*, Bd. XII, 2 H., pag. 381, 390.

placenta era inserita sul fondo dell' utero; 2) in cui era inserita su una delle pareti; 3) in cui essa si rinvenne già discesa all' orificio esterno.

***

Appena espulso il prodotto del concepimento, sulla guida del cordone ombellicale, evitando ogni menoma trazione su di esso, introducevo la mano fatta a cono nella cavità dell' utero. Tali esperienze potemmo con maggiore agio praticare specie in quei casi, nei quali la partoriente era sotto l' azione del cloroformio. Sentita colla mano la superficie amniotica placentare ed il luogo d' inserzione, si restava in attesa senza fare alcuna manovra. In quei casi nei quali la placenta inserivasi sul fondo dell' utero, e ciò accadde nel minor numero dei casi, sopravvenendo la prima contrazione avvertivamo la placenta irrigidirsi, restando la superficie quasi concava; nel periodo della pausa seguente essa facevasi più molle, si distendeva e nel suo centro nettamente protuberante; col sopravvenire di una nuova contrazione tale protuberanza, formata dalla raccolta retroplacentare si rendeva più pronunziata e mano mano infiltrandosi verso i margini e quindi tra membrane e superficie uterina faceva protrudere in basso la placenta, per cui essa colla superficie amniotica allo innanzi veniva espulsa, cioè nella maniera di Schultze.

Diversamente però, procedevano le cose, quando l' inserzione era, come nel maggior numero dei casi, su di una delle pareti dell' utero; anche in questi casi la mano avvertiva alla prima doglia la placenta farsi più rigida, ma nel periodo di pausa susseguente si rendeva prominente non più il centro, sibbene una zona di tessuto placentare, più vicino al margine inferiore. Ad una nuova contrazione la raccolta ematica, dopo aver rotto le aderenze del margine, si infiltrava tra parete e membrane, mentre la placenta scendeva quasi scivolando e l'espulsione avveniva alla maniera descritta dal Duncan.

In qualche caso, deve notarsi, in cui aderenze dovevano evidentemente esistere nel margine inferiore, la raccolta sanguigna non potendo farsi strada, sotto l'azione della contrazione, in basso, si espandeva invece verso il margine superiore. In un caso, in cui tale aderenza era alquanto tenace, essa si diffuse solo su tutta la metà superiore della placenta,

staccandone il margine corrispondente, in guisa che essa veniva espulsa scivolando sulla parete opposta dell'utero e col margine superiore pel primo protrudente.

In altri casi ancora, nei quali tutto il margine era aderente per infarti, l'ematoma restava compresso facendo assumere alla placenta durante la contrazione una forma notevolmente convessa da rassomigliare un grande vetro da orologio; in questi casi malgrado la ubicazione laterale, l'espulsione si faceva, quando non era necessario un energico intervento, per la superficie fetale, anche perchè moderate trazioni venivano esercitate sul funicolo.

In una terza categoria di casi infine, la placenta rinvenivasi già all'orificio esterno tutta distaccata ; questi casi però, furono rarissimi, trattandosi quasi sempre di parti precipitosi od inserzioni basse della placenta.

* * *

Come si vede, il risultato delle nostre ricerche cliniche si accorda in parte con quello dello Schroeder, perciochè come lui ebbimo ad osservare la placenta ispessirsi ed irrigidirsi all'insorgere della prima contrazione; ma dissentiamo invece da lui per quanto concerne il momento di formazione dell'ematoma, che egli ammette farsi durante la prima contrazione e non nella pausa susseguente. Ci avviciniamo piuttosto al Cohn, sebbene pare che quest'autore abbia dato troppa importanza al peso della placenta, e riteniamo il meccanismo del distacco doversi precipuamente alla contrazione e retrazione uterina. La raccolta retroplacentare è necessaria conseguenza della lacerazione avvenuta nei vasi della decidua, là ove di solito la placenta è più lassamente aderente; e che essa debba formarsi durante la pausa che siegue la prima contrazione è logico ammetterlo, poichè durante la contrazione i vasi, benchè lacerati, non lasciano fluire del sangue. Tale raccolta non può considerarsi che come un utile concomitanza del distacco, e se col Pinard e Varnier reputiamo la contrazione e retrazione le cause principali, occorre però prendere in giusta considerazione anche quella menzionata.

La nostra maniera di esperimentare e la conseguente teoria sarà, come fu in altra occasione, oppugnata da Berry Hart; ma domanderei

al distinto ostetrico e ginecologo di Edinburgo, che della sua amicizia mi onora, se debbasi necessariamente ricorrere alla sua teoria, che intende generalizzare come fatto normale, ciò che ha luogo solo in casi anormali, in casi d'inserzione viziosa della placenta, quando sappiamo che la stessa muscolatura uterina, e si ponga mente in condizioni diverse, è capace mercè la sua contrazione di espellere tumori interstiziali o sottomucosi di rimarchevole volume? Non si comprenderebbe in verità, che ciò avvenendo per tumori sì voluminosi a superficie d'impianto assai più salda, debba ritenersi difficile per la placenta e debbano escogitarsi teorie, che se dimostrano tutto l'ingegno di chi le ha emesse, sono però d'altro lato difficilmente accettabili.

L'ipertrofia e l'iperplasia delle fibre uterine per il fatto della gravidanza è certamente condizione assai più favorevole, perchè la contrazione abbia forza espulsiva più efficace. Se la placenta fosse in tutti i suoi punti ugualmente aderente, ovvero se, come avviene in quei casi nei quali essa è di volume notevolmente piccolo, potesse distaccarsi tutta in un tempo, probabilmente allora non ci accadrebbe di osservare raccolta retro-placentare; ma poichè la superficie di essa è vasta ed è ineguale la sua adesione alla superficie uterina nelle varie parti, avverrà per conseguenza che al destarsi della prima doglia i punti più cedevoli, meno aderenti, si distaccheranno prima, mentre quelli aderenti resteranno saldi e dai vasi lacerati nella pausa fluirà del sangue che dovrà versarsi tra placenta ed utero.

Ma a queste considerazioni ed a quelle fatte dal Barbour in opposizione alla teoria dell'Hart, altre se ne possono aggiungere.

Per quale ragione infatti, dobbiamo ammettere che una sproporzione in superficie, come quella che può seguire al rilasciamento dell'utero dopo la contrazione debba, come vuole Hart, lacerare le trabecole dello strato spongioso, quando è dimostrato che una diminuzione dell'area sino a quattro pollici non lo produce? Si può invero, paragonare quel lieve rilasciamento alla considerevole e forzata espansione che subisce il segmento inferiore dell'utero nel periodo dilatante e che indubbiamente non può dal tessuto placentare esser seguito?

Dissimo di già come alla contrazione e retrazione del muscolo uterino debba addebitarsi il meccanismo del distacco. Ma ciò che deve per retrazione intendersi non è ben convenuto. Mentre per Hart la contra-

zione produce diminuzione tanto di tutto l'utero, quanto della sua superficie interna, che cesserebbe completamente non appena cessata la contrazione medesima, per effetto della retrazione invece, permarrebbe in gran parte tanto la diminuzione di volume, quanto quella di superficie. Ma è egli vero che cessata la doglia si ha un ritorno completo del viscere allo stato primitivo, ovvero deve ammettersi, come pare più conforme ai fatti, che permane un certo grado di diminuzione in volume ed in superficie?

Abbiamo noi un organo muscolare cavo, che ad un dato momento e per cause non ancora perfettamente definite, entra in contrazioni, che han lo scopo di svuotarlo del contenuto. Nella sezione del Pestalozza l'utero fu colto in quello stadio, afferma egli, in cui si trova, allorquando espulso il feto, non è ancora insorta una contrazione ad iniziare il distacco della placenta. In quel caso non vi era ancora segno alcuno di distacco nè raccolta ematica tra placenta ed utero « perchè la morte sopravenne appunto appena dopo l'espulsione del feto, quando cioè anche clinicamente si sa trovarsi l'utero allo stato di riposo. » (1).

Ma, esclusa la ipotesi di una contrazione quale è, continua egli, la forza che ci spiega il notevolissimo impicciolimento dell'utero? Evidentemente la retrazione dell'utero, questa retrazione che egli spiega per la presenza non indifferente di fibre elastiche, mantiene all'utero puerperale le sue proporzioni ridotte anche nell'intervallo delle contrazioni. Sembrerebbe adunque logico eziandio ammettere che l'azione delle fibre elastiche si effettui durante il travaglio, man mano che l'utero si svuota del proprio contenuto.

Sorge adunque un'altra quistione, se cioè la retrazione è indipendente affatto dalla contrazione. Noi riteniamo nel fatto con Barbour la retrazione una conseguenza della contrazione; perocchè sebbene quella alla presenza di fibre elastiche nella trama uterina si deve, nullameno a cagione della soverchia distensione cui le pareti dell'utero andaron soggette per un tempo non breve, il loro potere retrattile fu, se non completamente vinto, di gran lunga certo menomato. Infatti, come è stato osservato, il segmento inferiore ha minore tendenza a ridursi nelle sue dimensioni

(1) Pestalozza. Loco citato, p. 261.

che non il corpo dell'utero, e ciò, è a supporre, non accade, perchè il segmento inferiore è provvisto di fibre elastiche meno del corpo (almeno non pare sia stato dimostrato), sibbene perchè durante il periodo dilatante esso subì tale una distensione che il potere dell' elemento elastico rimase annullato. Non così può dirsi del corpo uterino, che nel travaglio ha opposta funzione e subisce minore distensione.

Un altro dei punti controversi è poi quello che riguarda la porzione placentare prima a distaccarsi, se cioè sia il centro o la periferia.

Ribemont (1) e Champneys (2) cercarono di risolvere la controversia con delle ricerche sperimentali, le quali però sono ben lontane dalle condizioni fisiologiche. Ribemont si serviva di una placenta di creta, che faceva aderire su d' un piatto di gomma; distendendo o rilasciando quest'ultimo, che nell'esperienza stava a rappresentare la parete uterina, egli poteva osservare quale era la porzione del disco per la prima a distaccarsi.

Champneys invece usava dei dischi di cartone rammolliti in acqua, che per mezzo di colla di amido faceva aderire a sacchetti di gomma elastica. Di questi sacchetti taluni eran fortemente distesi, altri lo erano appena. Facendo uscire l'aria dai primi e gonfiando gli altri allo scopo di studiare il distacco normale e quello in casi di placenta previa osservava il distacco sempre iniziarsi dalla periferia, come Ribemont aveva constatato. La maniera di esperimentare dello Champneys sarebbe più adatta di quella del Ribemont, perchè il distacco si può effettuare gradatamente ed a volontà, e poi perchè la superficie sulla quale la placenta inseriscesi quanto a curvatura è simile a quella uterina. Comunque sia però, è certo, come lo Champneys stesso rilevò, che una tale conclusione supporrebbe *a priori* una aderenza uniforme della placenta in tutti i suoi punti, ed uniforme pure la contrattilità e retrattilità uterina, lo che non è. Essendo il margine placentare nella maggioranza dei casi più aderente, sia perchè alquanto più spesso è in quel punto il tessuto deciduale, sia perchè quella zona è assai di sovente sede d'infarti,

---

(1) Ribemont « De la delivrance par tractions et par expression. » Paris, 1883

(2) Champneys. *Obst. Trans.*, Vol. XXV, 1883, pag. 160.

sembrerebbe invece che il distacco molto frequentemente dal centro dovesse iniziarsi. Oltre a ciò riteniamo che la sede d'inserzione (astrazion fatta da qualsiasi manovra: trazione sul cordone, ecc.) vi abbia eziandio una certa influenza; così nelle inserzioni del fondo, a cagione della più manifesta concavità della sede d'impianto, il distacco più vicino al centro deve farsi.

Ci confermano in queste vedute le nostre ricerche cliniche nelle quali sentivamo prominente nettamente il centro ovvero una zona vicino ad uno dei margini, a seconda che l'inserzione si faceva sul fondo o sulle pareti laterali. Ahlfeld, Spaeth e Schroeder ammettono che il distacco comincia dal centro, così pure reputarono Solayres e Baudelocque, e sembrano quindi meritevoli di ulteriore conferma le conclusioni cui pervennero Pinard e Varnier, i quali dopo avere osservato in un caso (Tav. III) il distacco iniziarsi dalla periferia, scrivono: « Nous pouvons donc dire aujourd'hui: le décollement physiologique du placenta commence par le bord. » Questi osservatori attribuiscono invece lo scollamento iniziantesi dal centro (Tav. XXVIII) ad emorragie retroplacentari durante lo stato gravidico.

Nel porre termine alla prima parte del nostro lavoro faremo menzione della non perfetta concordanza esistente circa il momento in cui il distacco comincia. Nei casi da noi osservati, fatta eccezione dei rarissimi nei quali il parto precipitosamente erasi compiuto, ebbimo sempre a constatare la placenta ancora aderente appena espulso il feto; così pure poterono osservare Schroeder e Cohn e queste osservazioni sono avvalorate dalla sezione del Pestalozza. « Le sezioni, » scrive questi, « praticate in punti diversi della placenta, ne palesano l'aderenza in tutta la sua estensione, nè vi ha segno alcuno che questa aderenza debba venire turbata. » (1).

Ma gli autori non sono tutti del medesimo avviso e mentre Jacquemier, Scanzoni, Credè, Tarnier, Barbour, Hart, Charpentier, Schroeder, Cohn, Pinard e Varnier sostengono lo scollamento farsi tutto nel periodo del secondamento, altri come Baudelocque, Dubois, Désormeaux, Cazeux, Lemser, Spaeth, Schultze, Von Bitgen ed Ahlfeld affermano avvenire già

---

(1) Pestalozza. Loco citato, p. 260.

nelle doglie del periodo espulsivo. Schroeder sostenne che non è solo la pressione endouterina che non lo rende possibile, ma ancora l'area d'inserzione che non si contrae come il rimanente dell'utero, a cagione del suo minore spessore; fatto che pare confermato, come accennammo, dalla menzionata sezione del Pestalozza, là dove dice che mentre la parete uterina nel luogo d'inserzione placentare aveva uno spessore variabile da 9 a 7 mm., raggiungeva poi alla parete opposta 25 mm. (1). L'asserzione quindi del Levret propugnata da altri, che quella porzione di parete sulla quale la placenta si attacca è sempre più spessa dal rimanente del viscere, viene a ricevere una nuova prova in contrario; si comprende del resto, come essendo notevolmente aumentata la circolazione a livello dell'inserzione, le lamelle musculari per la neo-formazione ed ectasia vasale debbano subire compressione e conseguente assottigliamento. Charpentier (2) combatte anch'egli l'opinione di coloro che sostengono il distacco farsi durante il secondo periodo. « Certains accoucheurs admettent que la placenta commence à se détacher de la paroi utérine pendant le travail et même quelques-uns dés le debut du travail. Il y a là une erreur évidente. Rien ne prouve, en effet, que le décollement du placenta débute pendant le travail. Si cela était, on devrait, dans le cas où le placenta est rapprochè du segment inférieur, mais cependant hors de la zone dangereuse, voir assez frequemment du sang sourdre dés le debut des contractions; or il n'en est rien, et le travail se fait sans écoulement de sang. »

Pinard e Varnier (3) affermano che la placenta si stacca nel primo e nel secondo periodo solo in casi patologici. Zinnstag (4) infine, somministrava del cloroformio nelle ultime doglie dopo la uscita della testa fetale e riscontrò sempre nel sangue della vena ombellicale il cloroformio; in 12 casi nei quali il cloroformio fu dato dopo la nascita del feto ebbe in 7 casi risultato negativo ed in 5 casi ebbe risultati positivi.

---

(1) PESTALOZZA. Loco citato, pag. 259.

(2) CHARPENTIER. « Traité pratique des accouchements. » Tom. I, pag. 523.

(3) PINARD e VARNIER. Loco citato, pag. 3-4.

(4) ZINNSTAG. « Beitrage Zum Mechanismus der physiologischen Lösung der Placenta, » pag. 290, 291, *Arch. f. Gyn.*, 1889.

II.

Si è fatta da un pezzo quistione se la placenta venga espulsa presentando la sua faccia fetale, ovvero il suo margine inferiore.

Gli uni con Baudelocque, Schultze, Ahlfeld, Schroeder, Cohn, Ramsbotham, Champneys, Pinard, Ribemont affermano che la placenta vien fuori colla faccia fetale allo innanzi ed ogni altra maniera di espulsione ritengono come conseguenza di speciali manovre adottate per accelerare il secondamento, già conosciute sotto il nome di manovra della scuola di Dublino e di Credè.

Gli altri con Duncan, Rigby, Lusk, Fehling, Zinnstag sostengono alla lor volta, l'espulsione naturale avvenire per il margine inferiore, affermando che la diversa maniera sostenuta dai loro oppositori è effetto di trazioni praticate sul funicolo, vuoi ad arte dalla mano dell'ostetrico, vuoi per la brevità del cordone nell'atto dell'espulsione del feto.

In verità, il fatto che nomi eminenti figurano nell'una e nell'altra schiera d'osservatori, già potrebbe a prima vista impressionare, se non pensassimo che, astrazion fatta da qualsiasi intervento, la maniera nella quale la placenta può essere espulsa debba essere e l'una e l'altra; onde noi scrivevamo nella prima parte di questo lavoro, che ammettendo invariato il meccanesimo per il quale il distacco si compie nei casi d'inserzione normale, ammettevamo invece varia la maniera di presentarsi la placenta alla vulva ed indipendente questa da quello.

Sta di fatto, secondo le nostre ricerche, che abbandonando alle sole forze della natura l'espulsione della seconda, questa nel maggior numero di casi si presenta come Duncan descrisse, cioè per il margine inferiore. Ma è vero d'altro canto, che in casi nei quali anche alle sole forze naturali il secondamento fu abbandonato, la placenta venne fuori colla faccia amniotica allo innanzi, come Schultze descrisse e dipinse. Così nei 3[4 dei casi osservati in clinica per lo spazio di 15 mesi, la placenta fu espulsa alla maniera del Duncan ed in 1[4 soltanto secondo Schultze (1).

---

(1) Rocchi. « Resoconto di 15 mesi della Clinica Ostetrica di Roma, diretta dal prof. Pasquali, » 1890, pag. 37.

*

È ovvio che la placenta, allorchè viene espulsa pel suo margine inferiore, ubbidisce a quella legge fondamentale, che è il cardine della meccanica del parto, per cui il corpo espellendo offre al canale attraverso al quale deve passare i suoi diametri minimi.

È prezzo dell'opera letteralmente tradurre qui quanto l'insigne ostetrico inglese, il Duncan, scriveva nel suo ormai classico lavoro (1): « È vero che dopo il passaggio del voluminoso feto non vi è necessità di un meccanismo per l'espulsione della placenta relativamente piccola, come vi è per il passaggio della testa del feto; vi ha spazio sufficiente perchè la placenta possa passare in qualunque modo. Ma il meccanismo naturale deve essere sempre tenuto in riguardo come *meccanismo naturale*, ed inoltre, perchè esso presenta ovvii vantaggi sopra d' ogni altro. Come la testa del feto passa attraverso la pelvi in maniera da dilatare il meno possibile le parti, o da richiedere il minore spreco di forze, del pari fa la placenta: essa viene pel margine. Se venisse arrovesciata (inverted), ovvero ripiegata in senso trasversale od a forma di scodella, sarebbe necessario almeno il doppio dello spazio richiesto quando essa pel margine o piegata nel senso dell'asse verticale dell'utero viene espulsa. Ma non è questo, continua, il solo vantaggio del meccanismo naturale. Se la placenta è espulsa come Baudelocque descrive e Schultze dipinge, allora una perdita di sangue che merita l'appellativo di emorragia è quasi necessaria per il processo di espulsione. Perocchè la placenta ha una certa rigidità ed il ripiegamento su sè medesima a guisa di scodella non può effettuarsi senza che dietro d'essa si formi uno spazio concavo, che si riempie di sangue, ovvero altrimenti senza che una certa forza venga esercitata per produrre quel ripiegamento ed il vacuo corrispondente; la quale forza attirerà del sangue dai seni uterini nel menzionato spazio concavo. Se la placenta invece viene espulsa pel margine, la sua superficie uterina scivola sulla parete della matrice, essa si ripiega su sè medesima secondo l'asse longitudinale dell' utero e della vagina, offrendo così poco spazio perchè si raccolga del sangue dai seni uterini. La parete dell'utero si mantiene vicina alla placenta ripiegata, si contrae, la spinge in giù ed infine il corpo uterino resta vuoto e di forma globosa.

---

(1) Loco citato, pag. 251.

Non si ha emorragia degna di nota: questa quando ha luogo non è dimostrato che avviene secondo la descrizione di Baudelocque o la Tavola di Scultze.

« Gli autori assai frequentemente descrivono una grande perdita di sangue come parte di questo processo naturale. Io ammetto che la frequenza di tale emorragia è un valido argomento in favore del processo da loro descritto; ma credo che l'intervento, il quale, per quanto comune, è altrettanto non giustificato, sia la causa di questa emorragia, che è quindi in tale circostanza indebitamente messa in conto del meccanismo naturale. Accade sovente d'osservare dei parti nei quali non si ha emorragia, in cui non una sola oncia di sangue si perdette durante il secondamento, osservandosene solo in sì poca quantità da coprire d'uno strato sottilissimo la superficie uterina della placenta. Quest' assenza d'emorragia io considero come lo stato naturale ed *in questo suppongo tutti gli ostetrici si uniranno a me, almeno se ammetto l'elemento di desiderabilità* (the element of desirableness) *siccome una indicazione d'un fatto naturale.* Tale assenza d'emorragia dipende dall'ammettere ciò che io descrivo come meccanismo naturale. La presenza d'emorragia è una parte del meccanismo erroneamente descritto come naturale, e per me essa è una prova della erroneità della descrizione. »

Abbiamo voluto tradurre testualmente il brano del lavoro del Duncan, perchè se alla prima parte pienamente ci sottoscriviamo, dissentiamo però nella seconda, là dove egli parla d'assoluta mancanza di perdita di sangue nel secondamento, e dove egli considera in modo assoluto la presentazione della placenta alla maniera di Schultze come anormale o costante conseguenza di trazioni esercitate sul funicolo (1).

* * *

Si disse già come nei 3[4 dei casi il Rocchi avesse osservato la placenta espellersi pel margine e solo in 1[4 al modo di Schultze, ma ci affrettammo a soggiungere come anco in questi ultimi casi il secon-

(1) Per amore di brevità abbiamo tralasciato di riportare le altre parole del Duncan che su ciò si riferiscono.

damento fu abbandonato alle forze naturali, nè nei casi da me direttamente osservati riscontrai brevità od inserzione anomala del cordone. Ciò implica che non puossi considerare come anormale la presentazione di Schultze, siccome oltre del Duncan, Zinnstag pretenderebbe (1). Che quest'ultima debba essere assai meno frequente, è facile spiegarcelo, se pensiamo che rarissima è l' inserzione della placenta sul fondo, e poco frequente vicino a questo, ed è indubitato che la maniera di espulsione della placenta debba essere considerata non tanto, come sostenne il Duncan e Boxall approvò nella discussione avuta luogo alla « Obstetrical Society of London » (2), in rapporto al meccanismo del distacco, sibbene in rapporto alla ubicazione della inserzione placentare. Questo fatto, sebbene già notato da Solayres (3), Baudelocque (4), Voegtli (5) e dal Balocchi (6), confermata poi da Champneys (7) e dalle nostre ricerche, non sembra sia tenuto in giusta considerazione.

Per le inserzioni della placenta sul fondo od in vicinanza, il distacco iniziandosi, siccome ebbimo a constatare colla mano nell' utero, dal centro, la raccolta retroplacentare, che ne consegue, graviterà sulla porzione centrale della placenta, e questa verrà fuori presentando la superficie amniotica. Nelle inserzioni laterali invece, l'ematoma graviterà sul margine, il quale, *quando non è patologicamente aderente*, verrà a staccarsi e la placenta scenderà scivolando sulla parete uterina, ripiegata secondo l'asse longitudinale dell'utero.

Come si vede, noi attribuiamo alla raccolta ematica, per quanto riguarda il modo di espulsione della placenta, maggiore importanza di quanto ve ne annettemmo, siccome causa del distacco. Riteniamo di conseguenza, che una perdita di sangue più o meno considerevole costantemente ha luogo nel secondamento e che l' asserto del Duncan di un

---

(1) ZINNSTAG. Loco citato, pag. 292.

(2) *Obst. Trans.*, Vol. XXIX, p. 172.

(3) SOLAYRES. *Annales d'Obstétrique*, Tom. III, 1843, pag. 59.

(4) BAUDELOCQUE. Loco citato.

(5) VOEGTLI. « Beitrage zur Physiologie der Nachgeburtsperiode. »

(6) BALOCCHI. « Manuale completo d' Ostetricia. » Milano, 1859, 3.ª ediz., pag. 670-672.

(7) Quest' autore è venuto alla conclusione che quanto più alta è inserita la placenta, tanto più alta è la parte che si presenta e viceversa. « The higher the placenta, the higher the presenting part and vice versa. »

parto senza la perdita di un'oncia di sangue, è l'esagerazione di un secondamento ideale. Il terzo periodo del parto per quanto normale proceda è sempre accompagnato da una perdita di sangue, alla quale se non vuolsi dare l'appellativo di *emorragia,* non può certamente dirsi una quantità *negligeable.*

Molti autori invero, hanno voluto valutare con ricerche cliniche la media della perdita di sangue nel secondamento; ma vuoi per il modo come tali ricerche furono praticate, vuoi per la disparità dei risultati, non hanno queste indagini grande interesse: esse ad ogni modo dimostrano l'esagerazione dell'assunto di Matthews Duncan.

Così Ahlfeld (1) avea trovato su 249 parti una media di 297 gr., poi in un altro lavoro (2) su 400 parti stabilì una media di 400 gr., e nel Congresso di Halle nel 1888 parlava di una media di gr. 495. Schauta dà una media di gr. 473 e Roemer (3) di gr. 478, Zinnstag (4) di gr. 609 e Mangiagalli (5) di gr. 500-600.

L'Auvard (6) sembra sia caduto dal suo canto nella opposta esagerazione, per quanto concerne la espulsione della placenta nella maniera descritta dal Duncan. Ed infatti egli la chiama *distocica,* mentre chiama *eutocica* quella di Schultze e non condividendone la idea fo da canto mio completa adesione a quanto il Rocchi nel suo citato lavoro ebbe a scrivere: « ....in quanto al tempo impiegato dall'utero per liberarsi dagli annessi fetali, sia che la placenta si presenti pel margine o per la superficie fetale, non ho trovato differenza apprezzabile (7). » In verità se dovessimo fare distinzione delle espulsioni placentari in *eutociche* e *distociche* crederemmo essere più nel vero se chiamassimo *distocica,* contrariamente ad Auvard, la presentazione della faccia fetale, in cui, come Duncan dimostrò, la placenta non si piega in guisa da presentare il suo grande asse in corrispondenza dell'asse del canale genitale.

---

(1) Ahlfeld. Bd. I, « Berichte und Arbeiten. »

(2) Ahlfeld. « Abwartende Methode etc... »

(3) Roemer. *Arch. f. Gyn.,* Bd. XXVIII.

(4) Zinnstag. Loco citato, pag. 269.

(5) Mangiagalli. « Il quinquennio 1875-79 nella Clinica Ost. di Milano. » Anno 1882, p. 628-29.

(6) Auvard. « Travaux d'Obstétrique. » Tom. I, pag. 158.

(7) Rocchi. Loco citato, pag. 37-38.

Credo opportuno infine, qui menzionare, come Zinnstag nel suo lavoro (1) parla di un'altra maniera di espulsione della placenta, che egli designa col titolo di *meccanismo misto* (Gemischter Mechanismus) che consiste nel presentarsi per la prima una zona molto vicina al margine (non propriamente il margine), e poi la faccia uterina ripiegata su sè stessa col sacco amniotico ripieno di sangue.

Però, molti altri meccanismi (se meccanismi si possono chiamare), potrebbero descriversi e che, come già Ahlfeld ben rilevò, sono forme di passaggio: « Natürlicher Weise sind Ueber-gangsformen von einem Modus zum andern häufig zu beobachten » (2).

III.

Kuestner (3), Dohrn (4), Barbour (5) e Champneys (6) hanno eziandio discusso il meccanismo del distacco delle membrane ovulari e numerose teorie furono messe avanti per ispiegarlo.

Kuestner sostiene che il distacco si faccia per la trazione della placenta, man mano che discende. Dohrn, Schultze (7) ed in parte Ribemont (8) ammisero che la raccolta ematica retroplacentare va distaccando la decidua nel suo strato più debole. Barbour è di opinione che le membrane si staccano per la contrazione delle pareti uterine dopo la espulsione del feto. Esse formerebbero delle ripiegature sulla superficie dell'utero contratto, le quali venendo a mutuo contatto e comprimendosi a vicenda ne renderebbero più facile il distacco. La espulsione però, sarebbe fatta dal peso della placenta che seco li trascina. Lo stesso autore che ebbe a studiare l'argomento su uteri amputati col metodo Porro ed in ispecie il rapporto delle membrane colla parete uterina vide che « a cagione

---

(1) Zinnstag. Loco citato, pag. 279.

(2) Ahlfeld. Loco citato, pag. 14.

(3) Kuestner. *Berl. Klin. Woch.*, 1880, pag. 39.

(4) Dohrn. *Deut. med. Woch.*, 1880, pag. 546.

(5) Barbour. *Edinb. Med. Journ.*, 1884, Sept.-Oct.

(6) Champneys. *Obst. Trans. of London*, pag. 264.

(7) Schultze. *Deut. Med. Woch.*, 1880, pag. 690.

(8) Ribemont. Loco citato. Paris, 1883, pag. 55.

della diminuzione della superficie interna dell'utero le membrane sono ripiegate. L'amnios si separa in gran parte dal corion e forma una serie di ripiegature che alla loro volta si suddividono in numerose altre; non vi è effusione sanguigna al di sotto dell'amnios. »

Troviamo confermata l'osservazione del Barbour dalla sezione del Pestalozza; questi infatti così scrive (1): « alla superficie interna del corpo dell'utero le membrane aderiscono ancora, ma non dovunque colla stessa saldezza: l'amnios specialmente è per lunghi tratti sollevato dal corion sottostante, specialmente dove incomincia l'inserzione della placenta. »

L'avere osservato il Pestalozza al di sopra del segmento inferiore le membrane ancora aderenti, ma con forte stiramento dello strato spugnoso, sembrerebbe confermare la teoria del distacco delle membrane come effetto delle contrazioni uterine.

La teoria del Dumas (2) sulla separazione del polo inferiore dell'uovo per la retrazione del segmento inferiore dell'utero è incompleta.

* * *

Nello studio del processo del distacco delle membrane è opportuno tenere in giusta considerazione varii fattori; così mentre le menzionate teorie isolatamente prese sono incomplete, potrebbero insieme considerate darci adeguata spiegazione del meccanismo fisiologico. Contrazione uterina in primo luogo, effusione di sangue infiltrantesi nello strato di minor resistenza della decidua, fattore questo sostenuto da Kuestner, Dohrn ed Ahlfeld e non accettato da Champneys, ed infine il peso della placenta sono tutti coefficienti che hanno la loro importanza nel distacco delle membrane.

Un punto però, più importante e degno della nostra attenzione pel soggetto che ci occupa è senza dubbio quello che riguarda lo strato della decidua, ove il distacco si compie. È stata questa una quistione assai dibattuta e sulla quale ancora accordo completo non si è fatto.

---

(1) Pestalozza. « Studi anat. e clin., ecc. » nel volume citato, pag. 260.

(2) Dumas. *Annales di Gynéc.* Sept., Oct., Nov. 1885, pag. 186.

Nel sito della placenta quasi tutti convengono che il distacco avviene nello strato ampollare, a livello cioè del cul di sacco delle glandule, ed Ahlfeld (1) ci ha segnalata la ragione per cui ivi e non altrove esso debba farsi. « Lo strato compatto della decidua colle sue vaste lacune sanguigne ed una parte dello strato glandulare rimangono attaccati al corion ed ai villi della placenta fetale e colla seconda vengono espulsi; una porzione meno spessa dello strato ampollare e lo strato basale della decidua restano aderenti alle pareti dell' utero, venendo eliminati nei primi giorni del puerperio. Se resta lo strato compatto, allora si ha in ciò una deviazione del processo normale. Quando il distacco avviene nello strato ampollare, allora si lacerano le arterie tortuose ed a spirale che conducono il sangue dalla parete uterina nello strato compatto e da questo al seno placentare, e per la contrazione dell' utero non si ha pericolo di ulteriori emorragie. Se però, lo strato compatto rimane aderente alla parete uterina, allora affluisce sempre il sangue nel seno aperto per il distacco dei villi e questo sangue si verserà liberamente nella cavità uterina e quindi all'esterno. »

Ma per il rimanente dell' utero non è convenuto da tutti in quale strato avvenga il distacco.

Per Robin la separazione avviene tra parete muscolare e mucosa, restando completamente nuda la superficie uterina. Per De Sinety, Langhans (2) e Kuestner (3) essa si fa come nella decidua inter-utero-placentare, a livello del cul di sacco glandulare. Friedländer sostiene che essa si compie nello strato delle cellule fusiformi, le quali subirebbero una degenerazione grassa, che come è noto fu messa avanti da Naegele, Huwé ed in ispecie dal Simpson quale causa determinante il parto.

Abbiamo avuto occasione di fare delle ricerche in proposito sia esaminando al microscopio tratti di membrane, sia facendo numerose sezioni al microtomo di uteri puerperali e le nostre indagini ci hanno condotto a conclusioni che in gran parte si accordano con quelle

---

(1) AHLFELD. « Abwartende Methode oder... » pag. 11.

(2) LANGHANS. *Arch. f. Gyn.*, Bd. IX, pag. 287.

(3) KUESTNER. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XIII, pag. 422.

cui Carlo Ruge (1) pervenne e che fan parte della pubblicazione dello Schroeder.

Non descriverò qui la struttura della decidua vera; ebbi estesamente ad occuparmene in altro lavoro a proposito della nota quistione riguardante l'origine della cellula deciduale (2). Ora è indubitabile che la struttura di essa vada mano mano modificandosi per la pressione eccentrica e sempre più crescente, alla quale è sottoposta a cagione del progressivo sviluppo dell' uovo ed inoltre per il saldamento, che in un dato periodo avviene tra di essa e la reflessa. È adunque, come abbiamo potuto vedere, impossibile negli ultimi tempi dello stato gravidico distinguervi con precisione quegli strati che già nei primordi della gestazione vi si potevano; onde, bene afferma il Ruge, la mentovata discrepanza non avrebbe luogo di esistere.

Sonvi dei casi però, nei quali ancora è in certo modo possibile riconoscere l'intima tessitura della decidua con tutti i suoi strati, e noi vedemmo in tutti questi casi il distacco farsi a livello dello strato superficiale, cioè delle cellule fusiformi, come sostenne Friedländer, senza però che ci fosse dato di scorgervi quella degenerazione grassa da quest'autore propugnata. Ma in quegli altri casi, e furono la maggior parte, nei quali questa distinzione non era più possibile scorgere, o in altre parole quando gli strati più superficiali della decidua erano scomparsi ovvero fortemente assottigliati, il distacco facevasi nello strato lacunare, costituito in parte da glandule ectasiche ed in parte da vere lacune linfatiche. In altri casi infine, nei quali per processi infiammatori, aderenze anormali esistevano tra corion e decidua, le cose diversamente procedevano; ma non è di fatti patologici che noi intendiamo qui intrattenerci.

Riepilogando adunque, quanto in proposito dalle nostre ricerche potemmo constatare, diremo che quando la decidua alla fine della gestazione non è notevolmente assottigliata, il distacco si compie nello strato delle cellule superficiali, non perchè esso abbia subito degenerazione

---

(1) SCHROEDER. « Der Schwangere und Kreisende Uterus. » Bonn, 1886, pag. 144.

(2) CURATULO. « Ricerche istologiche e considerazioni cliniche sulle alterazioni della mucosa uterina nei tumori della matrice e contributo allo studio dell'origine della cellula deciduale. » *Annali d'Ostetr. e Ginecologia,* anno 1891, genn. e febr.

grassa, ma solo perchè costituisce il *locus minoris resistentiae;* negli altri casi esso si fa nello strato così detto profondo o lacunare, ma che per la scomparsa od assottigliamento degli strati soprastanti era diventato superficiale.

In questi ultimi casi la rigenerazione della mucosa uterina, affidata alla proliferazione degli epiteli che rivestono il fondo delle glandule, si comprende debba avvenire più presto non solo, ma il puerperio decorre perfettamente normale, negli altri invece essa sarà alquanto più lenta, e per la eliminazione necessaria del maggior numero di elementi cellulari rimasti il puerperio potrebbe talvolta decorrere anormale.

Roma, Luglio 1892.

PER LA SINFISIOTOMIA

STATISTICA E CONSIDERAZIONI

DEL

Prof. O. MORISANI.

Numero progr.	Data della operazione	Nome della operata Età e parti pregressi Epoca della gravid.	Operatore e luogo ove fu praticata la operazione	Vizio del bacino e diametro coniugato	Durata del travaglio prima e dopo la operaz.	Pratiche e manov prima e dopo la opera
1	11 Marzo 1887	De Coribus Celeste, Ipara a termine.	Novi Napoli - Matern. Incurabili	C. v. mm. 67.	—	—
2	21 Aprile 87	Candelieri Francesca, Ipara a termine.	Idem	C. v. mm. 81.	19 ore.	—
3	25 Agosto 87	Fiore Filomena, anni 21, Ipara a termine.	Mancusi Napoli - Città	Bacino piatto rachitico. C. d. mm. 85, C. v. mm. 70.	15 ore.	Forcipe dopo il glio della sinfis
4	8 Febbraio 88	Ruggero Francesca, IIpara a termine.	? Napoli - Matern. Incurabili	Bacino rachitico. C. v. mm. 75.	48 ore.	Forcipe dopo la perazione.
5	20 Febbraio 88	Liguori Anna, anni 15, Ipara a termine.	Morisani Napoli Clinica Ostetr.	Bacino piatto rachitico. C. d. mm. 85, C. v. mm. 70.	3 giorni. Borsa rotta da 52 ore.	Parecchi tentat di rivolg. e forci in città. Forci dopo la operaz.
6	5 Marzo 88	Mazza Concetta, anni 25, Ipara a termine.	Idem	Bacino piatto rachitico. C. d. mm. 88, C. v. mm. 70.	Borsa integra. Dilataz. quasi completa.	Forcipe dopo la perazione. Rott artific. delle me brane. Procide del cordone.
7	2 Agosto 88	Amoroso Marianna, anni 17, Ipara.	? Napoli - Matern. Incurabili	Bacino univ. ristretto. C. v. mm. 67.	24 ore.	Forcipe dopo la perazione.
8	16 Agosto 88	Scarpellini Lucia, anni 28, IIpara. Nel 1.º parto cefalotripsia a term.	Mancusi Napoli - Città	C. v. mm. 65.	—	Rivolgimento do la operazione.
9	17 Agosto 88	Spalice Francesca, Ipara a termine.	Martino Napoli - Matern. Incurabili	Bacino rachitico. C. v. mm. 74.	12 ore.	—
10	20 Ottobre 88	Di Pietro Angela, anni 22.	Olivieri Napoli - Matern. Incurabili	Bacino rachitico asimmetrico. C. v. mm. 70.	96 ore.	Forcipe.
11	28 Gennaio 89	Giustiniani Anna, anni 24, Ipara a termine.	Morisani Napoli Clinica Ostetr.	Bacino piatto rachitico. C. d. mm. 81, C. v. mm. 67.	12 ore.	Forcipe dopo la perazione.
12	2 Maggio 89	Fiore Filomena, anni 23 (la stessa dell'Osserv. 3.ª)	Mancusi Napoli - Città	Come nell' Oss. 3.ª	Membrane rotte da un'ora.	Idem.
13	3 Luglio 89	Parma Maria, anni 35, Ipara a term.	Novi Napoli - Matern. Incurabili	Bacino rachitico. C. v. mm. 70.	—	Estraz. per i pie
14	14 Luglio 89	Vigliani Gaetana, anni 37, multipara.	Novi Napoli - Matern. Incurabili	Bacino osteomal. C. mm. 80, D. bisisch. mm. 40.	18 ore.	Forcipe.
15	19 Sett. 89	Protaro Maria, anni 22, IIpara a termine. Nel 1.º parto embriotomia cefal.	Mancusi Napoli - Città	Bacino rachitico. C. d. mm. 93, C. v. mm. 78.	—	Tentativo di estr col forcipe infru tuoso. Forcipe d po l'operazione.
16	7 Ottobre 89	Tortora Francesca, anni 21, Ipara a termine.	C. Scibelli Napoli - Città	Bacino rachitico. C. v. mm. 75.	18 ore.	—

sentazione e posizione		Esito		Conseguenze della operazione	Osservazioni
nento per.	alla uscita	Madre	Feto		
ica leta	Estrazione per i piedi	Guarita	Vivo	Riunione per seconda intenzione.	Esce guarita il 10 aprile.
ice posiz.	—	»	»	Idem.	Esce guarita il 29 maggio.
ice trasv.	Oc. pubica	»	Vivo peso gr. 3050 d. bip. mm. 88	Riunione per seconda intenz. Puerperio normale. Nessun disturbo nella deambulazione.	Pubiotomia con la sega a catena. Sutura e drenaggio.
ice posiz.	»	»	Vivo	Riunione per seconda intenzione.	Esce il 24 febbraio.
trasv. idenza io sin.	»	»	Vivo grammi 2920 d. bip. 92	Suppuraz. di due punti. Parametrite. Guarig.	Divisione della sinfisi con la falcetta di Galbiati. Sutura a punti staccati.
trasv.	»	»	Vivo grammi 3080 d. bip. 85	Riunione per prima intenzione. Esce dopo 15 giorni.	La falcetta si rompe nel recidere la sinfisi. La operaz. si compie col bisturì bottonuto. Sutura come sopra.
ce posiz.	»	»	Vivo	Riunione per seconda intenzione.	Esce guarita il 10 settembre.
trasv.	Estrazione per i piedi	»	Vivo grammi 3240 d. bip. 92	Riunione per prima intenzione. La donna si alza dopo 12 giorni.	La sinfisi si apre con uno scalpello da osteotomia.
ice posiz.	Oc. pubica	»	Vivo	Riunione per seconda intenzione.	Puerperio morboso. Esce guarita il 1.° ottobre.
ice ato	»	Morta	»	—	La donna muore per setticemia.
trasv.	»	Guarita	Vivo grammi 2520 d. dip. 85	Riunione per prima intenzione. Deambulazione perfetta.	Divisione della sinfisi con bisturì bottonuto. Sutura a punti staccati.
rasv.	»	»	Vivo grammi 3610 d. dip. 90	Idem.	Divisione della sinfisi con lo scalpello.
mpleta posiz.	Piedi	»	Vivo	Riunione per seconda intenzione.	Esce guarita il 22 luglio.
ice st.	Oc. sacrale	»	»	Riunione per seconda intenzione.	Esce guarita il 29 luglio.
rasv.	Oc. pubica	»	Vivo grammi 3320 d. bip. 90	Riunione per prima intenzione. Deambulazione buona.	Come nell' osservazione 12. Guarita in 8 giorni.
rasv.	»	»	Vivo	Rimane una fistola vescico-vaginale.	Divisione colla falcetta. La fistola, operata dal Morisani, è guarita.

Numero progr.	Data della operazione	Nome della operata Età e parti pregressi Epoca della gravid.	Operatore e luogo ove fu praticata la operazione	Vizio del bacino e diametro coniugato	Durata del travaglio prima e dopo la operaz.	Pratiche e m prima e dopo la o
17	28 Ottobre 89	Perozzi Maria, anni 21, IIpara a termine. 1.ª gravid. parto prem. spont. a 7 m., feto morto.	Novi Napoli - Matern. Incurabili	Bacino rachitico. C. v. mm. 67.	—	Forcipe dopo razione.
18	20 Febbr. 90	Mazza Concetta, anni 27, IIpara a termine (la stessa dell'osserv. 6).	Morisani Napoli Clinica Ostetr.	Come al N. 6.	—	Rivolgimento
19	28 Marzo 90	De Siena Vincenza, anni 19, Ipara.	Idem	Bacino rachitico. C. d. mm. 88, C. v. mm. 70 circa.	Membrane rotte da 24 ore.	Idem.
20	4 Aprile 90	Spalice Francesca, IIpara a termine (V. osserv. 9).	Novi Napoli - Matern. Incurabili	Come nell'oss. 9.	—	Forcipe dopo razione.
21	4 Maggio 90	Tarantino Anna, anni 35, VIIpara. I primi 5 parti spontanei, il 6.° espletato col forcipe.	F. Campione Bitonto	Bacino osteomalac. C. v. mm. 75.	24 ore.	Tentativo di f infruttuoso.
22	30 Maggio 90	Connola Nunziata, anni 31, IIpara. 1.° parto prem. artif. nell'8.° m., espletato col forc., feto morto. A termine.	Morisani Napoli Clinica Ostetr.	Bacino rachitico. C. d. mm. 94, C. v. mm. 79.	Membrane rotte da 24 ore.	Estrazione c cipe.
23	12 Sett. 90	N. N., anni 24, Ipara a termine.	Martino Napoli - Matern. Incurabili	C. v. mm. 67.	Procidenza del cordone ombellicale.	—
24	12 Nov. 90	Gallizia Filomena, anni 35 IIpara. 1.° parto prem. artif. nell' 8.° m., espletato col forcipe, feto vivo.	Morisani Napoli Clinica Ostetr.	Bacino rachitico. C. d. mm. 87, C. v. mm. 72.	Viene in clinica in travaglio di parto.	Estrazione co cipe.
25	18 Febbr. 91	Protaro Maria, IIIp. a termine (V. osserv. 15).	Mancusi Napoli - Città	Come al N. 15.	—	Idem.
26	22 Aprile 91	Di Nacci Concetta, anni 33. Ipara a termine.	Postiglione Napoli Clinica Ostetr.	Bacino rachitico. C. v. mm. 80.	4 giorni.	Idem.
27	9 Giugno 91	Vacca Anna, anni 24, IIpara. 1.° parto feto picc., morto a termine.	Caruso Napoli - Città	Bacino rachitico. C. d. mm. 85, C. v. mm. 70.	84 ore.	Idem.
28	13 Giugno 91	Tomas Maddalena, anni 24, Ipara a termine.	Mancusi Napoli - Città	C. v. mm. 60 circa. D. bisisch. mm. 35.	12 ore.	Forcipe e riv dopo la oper
29	10 Luglio 91	Connola Nunziata, anni 32, IIIpara (V. osserv. 22).	Morisani Napoli Clinica Ostetr.	Come al N. 22.	Membrane integre.	Estrazione co cipe.
30	16 Sett. 91	Bifolco Domenica, anni 20, Ipara.	Morisani Napoli - Matern. Incurabili	C. v. mm. 67.	—	Idem.

ntazione e posizione		Esito		Conseguenze della operazione	Osservazioni
nto er.	alla uscita	Madre	Feto		
asv.	Oc. pubica	Guarita	Vivo grammi 5000 d. bip. 100	Riunione per seconda intenzione. Estrazione difficile.	Puerperio febbrile.
asv.	Estrazione per i piedi	»	Vivo grammi 2600 d. bip. 90	Riunione per prima intenzione.	Guarita al 10.° giorno.
	»	»	Morto dopo 12 ore grammi 3250 d. bip. 95	Idem.	Sbarratura del braccio destro durante l'estrazione. Il feto venne asfittico e fu rianimato; ma, dopo 12 ore, morì.
ce st.	»	»	Vivo	Riunione per seconda intenzione.	—
ce	Forcipe Estraz. difficile	»	»	—	Falcetta. Guarita al 35.° giorno.
asv.	Oc. pubica	»	Vivo grammi 3050 d. bip. 95	Riunione per prima intenzione.	La donna esce di Clinica il 13.° giorno. Nessun disturbo nella deambulazione.
	—	Morta	Morto	—	La donna morì di metroperitonite.
st.	Oc. sacrale	Guarita	Vivo grammi 2920 d. bip. 85	Riunione per prima. Sutura della ferita a punti staccati.	Esce al 13.° giorno. Nessun disturbo nella deambulaz.
asv.	Oc. pubica	»	Vivo grammi 3070 d. bip. 90	Riunione per prima. Si leva il 7.° giorno.	Operazione come al N. 12.
	»	»	Vivo grammi 3250 d. bip. 95	Fistola uretro-vaginale. Nessun disturbo nella deambulazione.	Operaz. cominciata con lo scalpello Mancusi e compiuta con bisturì bottonuto.
	»	«	Morto grammi 4200 d. bip. 91	Riunione per prima. Si leva nel 20.° giorno. Nessun disturbo nella deambulazione.	Incisione delle pareti molli per tutta la lunghezza della sinfisi. Taglio di essa con bisturì bottonuto.
ce	Estrazione per i piedi	»	Vivo grammi 2950 d. bip. 87	Riunione per prima. Nessun disturbo nella deambulazione.	Fistola vescico-vaginale.
asv.	Oc. pubica	»	Vivo grammi 3150 d. bip. 93	Idem.	Esce guarita nell'8.° giorno.
	»	»	Nato vivo morto poco dopo	—	Il bambino muore per un vizio di conformazione che impedì lo stabilirsi della respirazione extrauterina.

Numero progr.	Data della operazione	Nome della operata Età e parti pregressi Epoca della gravid.	Operatore e luogo ove fu praticata la operazione	Vizio del bacino e diametro coniugato	Durata del travaglio prima e dopo la operaz.	Pratiche e ma prima e dopo la op
31	25 Sett. 91	Adamo Concetta, anni 32, IXpara a termine. 7 parti prem. spont. Nell'8.° sinfisiotomia.	Morisani Napoli Clinica Ostetr.	Bacino rachit. C. d. mm. 87, C. v. mm. 70.	Membrane rotte da poche ore.	Estrazione col cipe.
32	19 Nov. 91	Prelisse Antonia, anni 18, Ipara a termine.	Laccetti Napoli - Matern. Incurabili	Bacino rach. C. v. mm. 70.	—	—
33	20 Nov. 91	Fisichella Maria, anni 27, Ipara a termine.	Morisani Napoli Clinica Ostetr.	Bacino rachitico. C. d. mm. 85, C. v. mm. 70.	12 ore.	Estrazione col cipe per resis del perineo.
34	28 Nov. 91	Aiello Antonietta, a. 28, IIIp. Parto prem. spont. all'8.° mese compiuto.	Idem	Bacino rachitico. C. d. mm. 76, C. v. mm. 63.	—	Estrazione col cipe.
35	22 Dic. 91	Romano Giovanna.	Olivieri Napoli - Matern. Incurabili	Bacino rachitico. C. v. mm. 67.	—	Idem.
36	13 Genn. 92	Panza Giovannina.	Novi Napoli - Matern. Incurabili	Bacino rachitico. C. v. mm. 70.	In travaglio di parto.	Idem.
37	4 Febbr. 92	N. N., IIpara, anni 32, gravida a mesi 8 1[2. 1.° parto embriotomia sul tronco. Basiotripsia.	Pinard Parigi Clinica Baudel.	Bacino rachitico. C. d. mm. 97.	—	—
38	7 Febbr. 92	De Angelis Emmanuela, a. 32, Ipara 5 giorni avanti il termine.	Caruso Napoli - Città	Bacino universalm. ristr. C. d. mm. 85, C. v. mm. 70.	Rottura prem. delle membrane da 5 ore circa.	—
39	22 Febbr. 92	N. N., Ipara a termine.	Pinard Parigi Clinica Baudel.	Bacino piatto rach. Promont. accessibile.	Rottura artific. delle membr.	Due applicaz. d cipe prima de peraz. Estraz col forcipe.
40	23 Marzo 92	N. N., IVp., a. 30, gravida a m. 8 1[2. 1.° parto prem. artif. feto morto; 2.° prem., feto morto; 3.° a termine, forcipe, feto vivo.	Idem	Bacino anulare.	—	Estrazione col cipe.
41	7 Aprile 92	Amoroso Francesca, IIpara a termine.	Morisani Napoli Clinica Ostetr.	Bacino rachitico. C. d. mm. 88, C. v. mm. 75.	10 ore,	Estrazione col cipe.
42	29 Aprile 92	N. N., IIIpara, anni 34. 1.° parto lungo con feto morto; 2.° forcipe, feto vivo a termine.	Freund Maternità di Strasburgo	Bacino piatto rachitico. C. d. mm. 100.	Sei giorni. Membrane rotte da due giorni.	Estrazione man
43	30 Aprile 92	Pavesi Rosa, anni 45, IXpara. Parti precedenti laboriosi con feti morti.	Truzzi Maternità di Novara	Bacino piatto. C. d. mm. 95, C. v. mm. 75.	Resistenza dell'orificio uterino.	Isterostomat. cipe prima de perazione.

ntazione e posizione		Esito		Conseguenze della operazione	Osservazioni
ento per.	alla uscita	Madre	Feto		
asv.	Oc. pubica	Guarita	Vivo grammi 3250 d. bip. 97	Riunione per prima. Nessun disturbo nella deambulazione.	—
ce	»	»	Vivo	—	—
asv.	»	»	Vivo grammi 3500 d. bip. 95	Riunione per prima. Deambulaz. perfetta.	—
asv.	»	»	Vivo grammi 2100 d. bip. 85	Idem.	Nella 1.ª gravid. (1885) parto premat. al 7.° mese, rivolgimento, feto morto. 2.ª Gravid. aborto spont. al 6.° m.
e	—	»	Vivo	Riunione per seconda. Nessun disturbo nella deambulazione.	Esce guarita il 10 gennaio 1892.
	—	»	Premorto	Riunione per seconda.	Nessun disturbo nella deambulazione. (Vedi Nota I).
	Estrazione per i piedi	»	Vivo grammi 3350	Riunione per prima. Nessun disturbo nella deambulazione.	Incisione delle parti molli sulla sinfisi sino al clitoride. Divisione della sinfisi con bisturì bottonuto dall'alto in basso. Il feto muore dopo tre giorni.
enza chi	»	»	Vivo grammi 3000 d. bip. 90	Idem.	Come nel caso antec. dello stesso operatore.
e	—	»	Vivo grammi 4630	Idem.	Si leva al 35.° giorno.
	—	»	Vivo grammi 2730	Idem.	Si leva al 29.° giorno.
sv.	Oc. pubica	»	Vivo grammi 2690 d. bip. 84	Riunione per prima. Nessun disturbo nella deambulazione.	—
.	—	»	Vivo grammi 4000 d. bip. 110	Guarita il 29 maggio.	Incisione prepubica, taglio della sinfisi con bisturì falciforme solido e bottonuto.
osiz. ta vre asv.	Estrazione col forcipe	»	Vivo grammi 3440 d. bip. 92	Riunione per prima.	—

Numero progr.	Data della operazione	Nome della operata Età e parti pregressi Epoca della gravid.	Operatore e luogo ove fu praticata la operazione	Vizio del bacino e diametro coniugato	Durata del travaglio prima e dopo la operaz.	Pratiche e r prima e dopo la
44	3 Maggio 92	R., anni 26, IVpara ad 8 mesi circa di gravidanza.	Varnier Maternità di Lariboisière	Bacino rachit. anulare. C. d. mm. 98.	Ore 12 circa.	Estrazione cipe.
45	25 Maggio 92	N. N., anni 37, IVpara.	Leopold Dresda	Bacino rachitico.	—	—
46	27 Maggio 92	N. N., Vpara ad 8 mesi. Parti precedenti compiuti con lo schiacciamento della testa del feto.	Tarnier Parigi Clinica Ostetr.	Bacino rachitico. C. v. mm. 75.	Rottura artific. delle membrane. Sbrigliamento del collo uterino.	Estrazione cipe.
47	29 Maggio 92	A., anni 38, VIpara a termine.	Pinard Clinica Baudel.	Bacino rachit. anulare. C. d. mm. 93.	Ore 6 circa.	Estrazione cipe.
48	11 Giugno 92	N. N., anni 25, Ipara.	Porak Parigi	Bacino rachitico. C. d. mm. 96.	24 ore circa.	Applicazion cipe infrut
49	15 Giugno 92	Bartolomei Maddalena, anni 34, multipara.	Martone Napoli - Matern. Incurabili	—	In travaglio di parto.	Estrazione cipe.
50	29 Giugno 92	N. N., anni 37, IIpara.	Leopold Dresda	—	—	—
51	29 Giugno 92	M. F., anni 32, Ipara ad 8 mesi circa di gravidanza.	Pinard Clinica Baudel.	Bacino generalmente ristretto. C. d. mm. 90.	Ore 36 circa.	Estrazione cipe.
52	7 Luglio 92	A., anni 23, Ipara a termine.	Idem	Bacino rachitico. C. d. mm. 104.	Ore 24 circa.	Estrazione cipe applic volte succe
53	9 Luglio 92	Liquori Anna, IIpara a termine (V. osserv. 5).	Morisani Napoli Clinica Ostetr.	Come al N. 5.	10 ore.	Estrazione cipe.
54	12 Luglio 92	Scarparo Felicia, multipara.	Idem	Bacino rachitico. C. d. mm. 85, C. v. mm. 70.	12 ore.	Idem.
55	30 Luglio 92	M. M., anni 26, IIpara a termine.	Lepage Clinica Baudel.	Bacino rachitico. C. d. mm. 97.	Ore 5 circa, membrane integre.	Forcipe pri operaz. Es col forcipe

Nota I. — Non mi pare si possa ritenere bene indicata questa operazione. Non si può giustificare l' aper

Nota II. — Ho compreso in questa statistica alcuni casi, in cui fu aperta la sinfisi dopo provocato il parto p innanzi le ragioni per le quali a me pare che, nelle attuali condizioni della pratica ostetrica, le associaz essere accettate, dovrebbero sempre formare una statistica speciale.

sentazione e posizione		Esito		Conseguenze della operazione	Osservazioni
mento oper.	alla uscita	Madre	Feto		
tice asv.	Oc. pubica	Guarita	Vivo grammi 2400 d. bip. 82	Si leva al 26.° giorno, Nessun inconveniente nella deambulazione.	Il feto è nato asfittico. Rianimato, è morto l'indomani. Ascesso del grande labbro sinistro inciso e guarito il 17.° giorno.
—	—	»	Vivo grammi 3365	Nessun disturbo nella deambulazione.	Si leva dopo 30 giorni.
d.	—	»	Vivo grammi 2230 d. bip. 90	Idem.	Si leva al 26.° giorno. Incisione delle parti molli sino al clitoride. Taglio della sinfisi dall'alto in basso e d'avanti in dietro con bisturì bottonuto.
tice asv.	Oc. pubica	»	Vivo grammi 3110 d. bip. 91	Si leva il 16.° giorno. Nessun inconveniente.	—
trasv.	Estrazione col forcipe	»	Vivo grammi 2620	Riunione per prima.	Si leva al 20.° giorno. Incisione come sopra. La sinfisi è divisa dal basso in alto.
—	—	»	Vivo	—	Uscita il 28 giugno.
—	—	»	Vivo grammi 3310	—	—
tice asv.	Oc. pubica	»	Vivo grammi 2720 d. bip. 94	Si leva nel 20.° giorno. Nessun inconveniente.	—
»	»	»	Vivo grammi 3300 d. bip. 100	Si leva il 24.° giorno. Nessun inconveniente.	—
trasv.	»	»	Vivo grammi 3100 d. bip. 82	Riunione per prima. Nessun disturbo nella deambulazione.	—
»	»	»	Vivo grammi 3000 d. bip. 89	Idem.	—
tice asv.	»	»	Vivo grammi 4000 d. bip. 95	Si leva al 30.° giorno. Ascesso del grande labbro sinistro inciso e guarito.	Incisione della sinfisi dal basso in alto.

uando il feto è morto. Non vi è alcuna ragione per operare sulla madre.

e perchè nei casi riferiti le due operazioni non furono associate per progetto prestabilito. Si troveranno più mia col parto prematuro, o con la embriotomia, non abbiano ragione di esistere. Ma se tant'è, che debbano

Ora ecco le considerazioni:

I.

In questi ultimi tempi parecchi parlarono e scrissero della sinfisiotomia, e sovente espressero idee non perfettamente conformi al vero, o perchè non avevano bene studiato l'argomento, o perchè del taglio della sinfisi e delle sue indicazioni non avevano un concetto giusto e corrispondente alla realtà.

Infatti non si capisce, come, a proposito della sinfisiotomia e facendo la storia di questa operazione, si parli di *pelviotomia*, la quale ha scopo ed indicazioni totalmente dalla prima differenti.

E valga il vero. Un illustre ostetrico napoletano, il Galbiati, preoccupato dell'esito quasi sempre funesto della sezione cesarea, cercò di trovare un mezzo che potesse sostituirsi a questa gravissima operazione, e propose di eseguire la sezione di uno o di entrambi i rami dei pubi, e di una od entrambe le branche degli ischi, aggiungendovi il taglio della sinfisi pubica. Egli intendeva di aprire per tal modo una porta univalve o bivalve nella metà anteriore del bacino, affinchè il feto, invece di attraversare questo osseo canale, escisse per quella porta preparata alla sua circonferenza (1).

Il Galbiati sperimentò la sua operazione sul cadavere e la eseguì due volte sulla donna vivente. Il primo esperimento fu fatto sul cadavere di una M.ª Antonia Lombardi, il 29 ottobre 1825. Il bacino di questa donna era stenotico in grado estremo; lo spazio dal pube al sacro non eccedeva un pollice (27 millimetri). « Non vi era bisogno di alcun istrumento per misurarlo, perchè, appena si introduceva il dito nella vagina, si toccava il sacro, fra il quale ed il pube un dito solo poteva

---

(1) « La Pelviotomia. » Ragguaglio di una nuova operazione di chirurgia, che può con vantaggio sostituirsi alla cesarea, di GENNARO GALBIATI. Napoli, dai torchi di Porcelli, 1832.

introdursi; due dita parallele non potevano penetrare. » (Galbiati). La sezione delle ossa fu eseguita con difficoltà con la macchina a ruota segante; fu praticato il rivolgimento da Cattolica; il corpo del feto fu estratto; la testa incontrò una certa difficoltà ad uscire, ma spinta con una mano venne fuori. Questa difficoltà alla uscita della testa era prodotta dalla imperfetta sezione del ramo del pube sinistro, il quale era segato per metà, epperciò immobile.

Nel novembre 1829 il Galbiati praticò la sezione ischio-pubica sul cadavere di Clorinda de Angelis, la quale aveva un pollice e mezzo nel diametro sacro-pubico; la estrazione del feto fu compiuta facilmente.

Due volte questa operazione fu eseguita dal Galbiati sulla donna vivente; la prima nel marzo 1832, la seconda nel dicembre 1841, in entrambi i casi con la perdita della madre e del figlio.

Posteriormente fu praticata altre due volte, l'ultima da Cianflone nel 1854, e si ebbe pure il dispiacere di veder perduti con le madri i figliuoli. È a notare però, che, nella prima donna operata dal Galbiati, l'atto operativo fu eseguito a metà, lusingandosi l'autore che sarebbe stato sufficiente dividere il bacino ad un sol lato. Ma, allorchè si accorse che nessun profitto si otteneva, dopo circa trenta ore, essendo la donna mal ridotta, la operazione fu compiuta. Fu quindi necessario perforare il cranio del feto ed estrarlo.

« Nella seconda operazione poi la sezione ossea fu fatta in entrambi i lati, e la donna dopo 18 ore si sgravò spontaneamente di un feto ben maturo in istato di grave asfissia. In entrambi i casi la operazione fu lunga, rozza ed abbastanza dolorosa, per altro assai meno la seconda volta, perchè gli istrumenti erano meno difettosi. Negli ultimi due casi la manovra fu più breve e meno tormentosa; però, confidando pur troppo nelle forze di natura, si aspettò oltre un giorno per estrarre il feto col forcipe e si cavò un cadavere. » (De Renzis e Ciccone « Istituzioni di Pat. chir. » Vol. V).

La operazione del Galbiati rimase interamente dimenticata e dai più ignorata. Nel 1863 io ne feci uno studio abbastanza ampio, ripetei le esperienze sui cadaveri, presi misure sopra bacini rachitici, ne confermai la indicazione nelle angustie estreme della pelvi in sostituzione del parto cesareo; assodai essere lo spazio prodotto sufficiente al passaggio del feto; stabilii la facilità della esecuzione dell'atto operativo, quando ad

eseguire la sezione delle ossa pelviche fossero adoperati istrumenti più perfetti, cercai di dimostrare la poca gravezza della operazione, e conclusi, che la pelviotomia del Galbiati non meritasse di essere del tutto rigettata, alla condizione: « 1.° che sia fatta, quando il travaglio è cominciato, ma prima della rottura delle membrane; 2.° che la sezione si pratichi ad entrambi i lati; 3.° che si operi col processo da me indicato; 4.° che si curi la esatta coattazione dei pezzi ossei divisi; 5.° che si applichi l'apparecchio amidato o meglio quello di fili di ferro per tenere la pelvi nella immobilità per tutta la durata della consolidazione » (1).

Premesse queste nozioni, le quali erano indispensabili, affinchè ognuno potesse formarsi una giusta idea della operazione del Galbiati ed apprezzarne il valore e l'importanza, io mi domando, quale relazione esista fra questa operazione e la sinfisiotomia? A parer mio, tra le due operazioni nulla v'è di comune e l'una dall'altra è assolutamente diversa. Ciascuna ha il proprio scopo e le proprie indicazioni, nè l'una può all'altra essere sostituita.

La pelviotomia infatti vuole creare al feto una via artificiale nella metà anteriore del bacino, il taglio della sinfisi ingrandisce la via naturale. Per verità, segati i due rami dei pubi, questi divengono mobili, ma non possono dalle rimanenti ossa allontanarsi, perchè i ligamenti crurali ed i muscoli otturatori vi si oppongono. Ma, se si tagli la cartilagine che unisce i due corpi dei pubi, allora le due ossa segate potranno l'uno dall'altro allontanarsi, e, fatte mobili sui punti segati, come su due cerniere, si discosteranno l'uno dall'altro gradatamente fino a mettersi in direzione verticale ai corpi pubici rimasti. Si costituisce così una specie di porta bivalve, nella quale si impegna la testa del feto. Deriva da ciò che il taglio della sinfisi costituisce una parte sola della pelviotomia, essa ne è in certo modo il complemento e nulla più; ma l'atto operativo consiste in sostanza nella recisione dei rami pubici.

Se la operazione del Galbiati risponda o no all'intento per cui fu inventata, se abbia o pur no ragione di rimanere nella pratica, non è qui il luogo di discutere; certo è però, che questa nulla ha di comune con la sinfisiotomia, e che ciascuna delle due operazioni si propone uno

---

(1) Morisani. « Dei restringimenti del bacino, ecc. » Napoli, 1863.

scopo affatto diverso; nè, trattando della storia dell'una, si può o si deve dell'altra occuparsi.

Nè meno diversa è la indicazione dei due atti operativi. La pelviotomia fu inventata per essere sostituita al parto cesareo, che gli ostetrici odierni dicono d'indicazione *assoluta* o di *necessità,* vale a dire per compiere la estrazione del feto nelle angustie estreme della pelvi, nelle quali il diametro coniugato è al di sotto dei 67 millimetri; la sinfisiotomia, per contrario, è destinata ad agevolare la uscita del feto nelle angustie medie del bacino, allorchè la coniugata varia in lunghezza dai 67 agli 81 millimetri. Essa quindi deve, quando il forcipe ed il rivolgimento sieno insufficienti, sostituire la perforazione a feto vivo, od anche il taglio cesareo per indicazione *relativa* o *di elezione;* e questo, a mio modo di vedere, è il merito principale della operazione. La quale, allorchè sia universalmente adottata, ricondurrà nei giusti limiti di sua indicazione il taglio cesareo, nei casi cioè delle angustie estreme della pelvi.

II.

È noto che nel 1867 un valoroso chirurgo napoletano, il P. Jacolucci, affine di evitare l'operazione cesarea propose di congiungere la sinfisiotomia col parto prematuro e con la embriotomia.

L'una e l'altra lega erano destinate a vincere le angustie estreme del bacino, la prima con feto vivo e la seconda con feto morto.

Data una donna, diceva il Jacolucci, con bacino angusto, la cui coniugata misuri appena 54 millimetri, è chiaro che a questa donna dovrebbe essere praticata la operazione cesarea. Ora io propongo di combinare il parto prematuro a sette mesi con la sinfisiotomia.

Invero, tagliata la sinfisi, il diametro sacro-pubico si allungherebbe sino a 67 millimetri, ed anche sino a 71, e quindi si renderebbe facile il passaggio della testa di un feto settimestre. Non v'è dubbio, che la madre soffrirebbe i danni del parto prematuro e della sinfisiotomia, ma nel tutto insieme sono essi paragonabili con quelli del parto cesareo?

Non è mio proposito di esaminare e discutere lungamente il merito dell'accennata combinazione; mi permetterò soltanto di fare due rifles-

sioni: *a*) La lega di Jacolucci fu proposta in un'epoca, in cui la operazione cesarea presentava per le madri una statistica gravissima di mortalità. L'ostetrico, il quale poneva mano ad aprire il ventre e l'utero di una donna partoriente, procedeva all'atto operativo, costrettovi da imperiosa necessità, atteso che sottoporre la donna al taglio cesareo valeva quasi segnarne la sentenza di morte. I tentativi quindi per evitare la temuta e gravissima operazione erano perfettamente giustificati, e niuno potè astenersi dal plaudire alla proposta del Jacolucci.

Il parto prematuro congiunto alla sinfisiotomia fu praticato dal Novi due volte e da altri ancora, e da me medesimo nel 1879. Ma oggi, che le cifre di mortalità del parto cesareo sono considerevolmente diminuite, non mi pare nè logica nè benefica l'applicazione della alleanza di cui ci occupiamo. Si sa, che le difficoltà ed i pericoli delle pratiche operative nei bacini angusti crescono in ragione del grado dell'angustia; si sa, che nei bacini gravemente ristretti si verificano assai sovente irregolarità di forma; gli ostetrici non ignorano, come e quanto sia difficile in simili circostanze di riconoscere l'alterazione reale della capacità pelvica, ed il volume del feto, e l'epoca della gravidanza, e i limiti nei quali la sinfisiotomia può riuscire veramente efficace. Tutte queste incertezze può solamente apprezzare colui, che della operazione abbia fatto uno studio accurato e profondo, che sia nella pratica abbastanza versato, e che sappia rendersi conto della grave responsabilità che importa la scelta dell'uno piuttosto che di un altro atto operativo; che, se i rovesci che si attribuivano alla sinfisiotomia noi siamo riusciti a dimostrare immaginarî nelle angustie medie della pelvi (da 67 millim. in sopra di coniugata), non potremmo nè oseremmo sostenere altrettanto nelle angustie in cui la coniugata è al di sotto di 67 millimetri.

Arrogi i pericoli che corre il feto. Non ho bisogno di far rilevare la grande mortalità dei feti prematuri, la quale, quantunque attenuata dai mezzi e dagli apparecchi di recente invenzione, non cessa di essere abbastanza considerevole. Di questi pericoli devesi per certo tener conto nei risultati di una operazione, la quale è fatta nello interesse del feto non meno che della madre.

Sicchè, sommati i pericoli delle due operazioni riunite, tenuto conto della mortalità fetale, non mi pare nè ragionevole nè utile ricorrere alla lega proposta a preferenza del taglio cesareo.

Mi piace infine di far notare, che, a parer mio, non sia giusto il concetto di coloro, i quali pensano non potersi ad epoca più o meno lontana dal termine della gravidanza contare sul rammollimento delle sinfisi pelviche. È certo che a termine il rammollimento delle articolazioni raggiunga il massimo grado possibile e che esso sia utilissimo per una innocua distenzione dei ligamenti anteriori delle sinfisi sacro-iliache durante il divaricamento dei pubi.

Ma non deve negarsi che, anche innanzi il termine, ad epoca avanzata della gestazione, quando è lecito provocare il parto prematuro, le articolazioni pelviche sieno rammollite a segno da permettere il divaricamento dei pubi, senza offesa delle sinfisi sacro-iliache. E noi, istruiti dalla esperienza, non esiteremo ad eseguire la sinfisiotomia in casi di parto prematuro spontaneo, allorchè la coniugata fosse di poco inferiore al limite più basso stabilito per il taglio della sinfisi, come infatti praticammo con esito eccellente sulla nominata Aiello. (Vedi N. 34 della statistica).

b) L'altro connubio è quello della sinfisiotomia con la embriotomia. Questo sarebbe destinato a compiere la estrazione di un feto morto attraverso una pelvi estremamente angusta. Questa alleanza per verità mi pare che oggi non abbia ragione di esistere. La tecnica della embriotomia è resa così perfetta, gl' istrumenti destinati a ridurre il capo del feto tanto efficaci e potenti (basiotribo-cranioclaste, ecc.), che anche nelle estreme angustie il cadavere del feto viene estratto senza grandi difficoltà.

E d' altra parte non possiamo astenerci dal richiamare l' attenzione sugli inconvenienti e sulle offese gravi che potrebbero essere prodotte nelle sinfisi sacro-iliache dalla introduzione e dal maneggio degli istrumenti embriotomici in bacini angusti, dopo il taglio della sinfisi pubica.

Sicchè le alleanze proposte dal Jacolucci e le indicazioni di esse, dal Jacolucci e non da altri stabilite, non hanno nelle attuali condizioni della scienza e della pratica ostetrica alcuna ragione plausibile per essere accolte ed attuate.

Ma, indipendentemente da tutto ciò, è mestieri che io ripeta quello che già dissi e scrissi altra volta, che cioè tutto il mio lavoro di molti anni, tutte le cifre e gli studi pubblicati furono diretti a richiamare dall'oblìo immeritato la *operazione della sinfisiotomia*, la divisione cioè

della sinfisi del pube eseguita la prima volta sulla donna vivente da Sigault. Di questa operazione io cercai di stabilire le indicazioni, di segnare i limiti, di spiegare il meccanismo; tutto ciò che non è sinfisiotomia, o che a questa operazione sia aggiunto, ne snatura per necessità il concetto, ne altera la indicazione e non deve nello studio del taglio della sinfisi venire compreso.

Dalle cose dette di sopra deriva: 1.° che coloro i quali con lo studio e con la pratica segnarono i limiti esatti della indicazione della sinfisiotomia, non ne impiccolirono i benefizi, nè ne attenuarono i vantaggi, ma contribuirono a farla rientrare nella pratica ostetrica, da cui fu per lungo tempo ingiustamente bandita, e ad accrescerne il credito, mostrando come nei limiti indicati essa dia risultati eccellenti; 2.° che volere estendere il campo della indicazione del taglio della sinfisi pubica aggiungendo ad essa altri processi operativi più o meno complicati, mostra che non sia stata bene studiata la operazione e il meccanismo della sua azione, e la sua influenza sulle stenosi medie delle pelvi, e i servigi che essa è destinata a rendere; onde segue il discredito dell'atto operativo; 3.° che la sinfisiotomia non può essere giustamente comparata con altra ostetrica operazione, eccetto con la embriotomia operata sul cranio fetale, alla quale merita di essere preferita, perchè conserva la vita del feto, e nel maggior numero dei casi è inoffensiva per la madre.

III.

In una nota recentemente pubblicata (1), il prof. Leopold, dopo avere descritto due casi di sinfisiotomia da lui praticata con esito felice per la madre e per il figliuolo, propone alcune modificazioni all'atto operativo.

Egli crede inutile il taglio del ligamento sotto-pubico, e volentieri ne farebbe ammeno. Anzi a lui pare non necessaria in ogni caso

---

(1) « Zwei Sinphiseotomien mit glücklichem Ausgange für die Mutter und Kind. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1892, N. 30. Vedi rivista del dott. Caruso in *Annali di Ost. e Gin.*, settembre 1892.

la sezione di tutta quanta l'altezza della sinfisi, poichè, dopo il taglio della metà o dei tre quarti di essa, gli estremi pubici già si allontanano di tre centimetri. E, siccome la operazione viene praticata più frequentemente in bacini rachitici, nei quali l'angustia ha sede nell'apertura di entrata, rimanendo presso a poco normali le dimensioni dello scavo pelvico, così il taglio della parte superiore della sinfisi basta nel maggior numero dei casi ad ottenere il passaggio della testa del feto, la quale, ove fosse necessario, potrebbe essere spinta giù nell'apertura di entrata con esterne pressioni.

Per verità io non posso accettare nè l'una nè l'altra delle modificazione proposte dal dotto ostetrico e dall'abile operatore tedesco.

La esperienza mi ha dimostrato, essere il taglio del ligamento triangolare indispensabile per ottenere lo aumento della capacità pelvica, che è lecito aspettarsi dalla sinfisiotomia. Alcuna volta mi accadde di lasciare integro il ligamento, ma il divaricamento dei pubi era di proporzioni molto discrete ed insufficienti allo impegno della testa fetale nell'apertura d'ingresso del bacino. E la testa sarebbe rimasta libera al di sopra del distretto superiore, se la recisione tardiva di quel ligamento non avesse permessa una più larga rotazione delle ossa iliache ed un aumento di circonferenza più proporzionato al volume del capo fetale.

Che se qualche volta, non reciso il ligamento sotto-pubico, si potè compiere la espulsione del feto, ciò avvenne perchè il capo, spinto dalle energiche contrazioni uterine, o tirato giù con forza, riuscì a vincere le resistenze opposte dalle fibre ligamentose, le quali, strappate e rotte, diedero, mercè una ferita lacera, quei medesimi risultati che si sarebbero ottenuti con una ferita da taglio più regolare e più netta.

E d'altra parte, quale benefizio si otterrebbe dalla mancata recisione del ligamento triangolare? Le statistiche mostrano, come la cicatrizzazione dell'articolazione divisa si ottenga in generale in dieci, quindici giorni, senza alcun disturbo apprezzabile nella deambulazione; non si potrebbe certo sperare una guarigione più sollecita nè più perfetta, se si conservasse lo accennato ligamento.

Il taglio poi parziale della sinfisi dà risultati pressochè nulli. Sempre che la metà inferiore dell'articolazione pubica rimane intatta, il divaricamento è insignificante, e quindi di pochissimo o nessun momento lo

aumento della capacità pelvica, malgrado la cauta abduzione delle cosce; tanto varrebbe non tagliarla affatto l'articolazione; della qual cosa ognuno può assicurarsi, facendone la esperienza sul cadavere (1).

IV.

In alcune statistiche si nota, come frequentemente la cicatrizzazione non sia avvenuta per prima intenzione, ma in seguito a suppurazione. È probabile, che in questi casi o la medicatura fu fatta in guisa che la guarigione *per primam* fosse impossibile, ovvero alle pratiche antisettiche non si ricorse, o non vi si ricorse col necessario rigore ed esattezza.

V'è di coloro, i quali per convincimento ed a ragion veduta, dopo il taglio della sinfisi, non solo non si curano di fare la sutura della ferita, ma interpongono tra le labbra di essa un corpo estraneo, una faldella di bambagia per es.: per tal modo è evidente che la riunione immediata è impossibile, e il processo di cicatrizzazione più lento e meno perfetto. Anche noi un tempo seguimmo questa pratica, ma l'abbandonammo assai presto, convinti con l'esperienza degl'inconvenienti che da essa derivano. E crediamo indispensabile per la buona e sollecita guarigione lo esatto combaciamento dei margini della ferita mercè la sutura e l'antisepsi rigorosa, la quale ultima ha influenza capitale sull'esito della operazione. (Vedi la statistica).

---

(1) Queste mie considerazioni sono confermate da ciò che viene riferito nell'opuscolo di Zweifel (*Centralblatt für Gynäkologie,* 1892, N. 14).

Questo valoroso operatore infatti volle imitare il Leopold, e recidere la metà superiore della fibro-cartilagine inter-pubica. Ma la estrazione del feto non fu possibile, malgrado le trazioni eseguite col forcipe Tarnier; anzi la testa rimase al di sopra del distretto superiore. Fu mestieri incidere non solamente tutta la fibro-cartilagine interpubica, ma anche il ligamento arcuato, per poter compiere la estrazione del feto.

E in una recentissima operazione praticata in Helsingfors dal dott. Törngren, il ligamento triangolare non reciso nell'atto operativo rimase lacerato durante la estrazione della testa fetale col forcipe.

V.

Ci venne da qualcuno rimproverata la frequenza con la quale applichiamo il forcipe dopo la sinfisiotomia. Ora ci piace dichiarare, che l'uso del forcipe non è a ritenersi indispensabile. Ogni volta che la operazione sia praticata nei limiti della sua indicazione, le proporzioni tra la testa del feto e il bacino si ristabiliscono nella giusta misura, in guisa che è lecito contare sulla espulsione del prodotto del concepimento per opera sola della natura, alla condizione però che le contrazioni uterine conservino la normale regolarità ed energia. E, quando ciò avviene, noi prescriviamo che si aspetti il compimento spontaneo del parto. Ma l'accennata condizione sovente non si verifica. O che per la lunga durata del travaglio l'utero rimanga spossato, o che per la influenza del sonno cloroformico la energia contrattile dell'organo si attenui e si intorpidisca, il fatto è, che le contrazioni divengono più lente, meno intense e separate da lunghi intervalli. E allora, anzicchè tenere la donna lungamente sul letto del dolore, noi preferiamo compiere artificialmente la estrazione del feto con un atto operativo, il quale, eseguito con prudenza e regolarità, non aggrava sensibilmente le condizioni della madre nè del prodotto; la qual cosa del resto viene ampiamente confermata dalle statistiche.

ISTITUTO GINECOLOGICO PRIVATO BOMPIANI - ROMA

CONTRIBUTO ALLO STUDIO

DEI

rapporti fra l'ovaro-salpingectomia e l'isterismo (1)

PEL

Dott. PIO MASETTI

AIUTO.

Dopochè Battey ed Hegar, basandosi su indicazioni teoriche, eseguivano nel 1872 la estirpazione delle ovaie normali per ovviare ai gravi disturbi nervosi della mestruazione, sorgeva la speranza di potere con la stessa operazione guarire una nevrosi che già dagli antichi era ritenuta in rapporto con l'utero e che fino allora era sfuggita a qualunque trattamento positivo e scientifico, voglio dire l'isterismo e l'istero-epilessia.

Appunto in quel tempo le idee di Charcot sull'isterismo incominciavano a diffondersi nelle scuole e l'importanza del dolore ovarico nelle isteriche, la sua influenza sullo sviluppo e sulla durata degli accessi veniva universalmente riconosciuta.

I caratteri del dolore ovarico sono da Charcot così descritti nelle sue lezioni sulle malattie del sistema nervoso (2). « Talora è un dolore « vivo, talora vivissimo. Le inferme non possono sopportare il menomo

---

(1) I due casi di ovaro salpingectomia dei quali in seguito riferirò la storia, sono stati operati dal dott. Bompiani il 1.° nel luglio 1888, l'altro nel marzo 1890. Avendomi egli gentilmente permesso di esaminare le ammalate prima dell'operazione, di assisterlo e di constatarne le alterazioni locali durante l'atto operativo e di seguirne il decorso fino alla guarigione, sento il dovere di esprimergliene la mia più viva riconoscenza.

(2) CHARCOT. « Leçons sur les maladies du système nerveux » par Bourneville. Paris, 1886, T. 1, pag. 320.

« contatto, il peso delle coperte ecc. Esse si allontanano bruscamente « con un movimento istintivo dal dito esploratore. Esiste un certo grado « di rigonfiamento dell'addome; in questo caso la pelle e i muscoli sono « interessati.

« Altre volte il dolore non è accusato spontaneamente. Bisogna « cercarlo con la pressione e allora si notano i fenomeni seguenti: 1.° La « pelle è insensibile. 2.° I muscoli se sono rilasciati possono essere « afferrati con una pinza e sollevati senza dolore. 3.° Questa prima esplo- « razione mostra che la sede del dolore non è nella pelle, nè nei muscoli. « Egli è quindi necessario spingere la ricerca un po' più lontano e « penetrando in qualche modo nell'addome si arriva con le dita al vero « focolaio del dolore.

« Questa manovra permette di assicurarci che la sede di questo « dolore è presso a poco fissa, per cui non è raro vedere le ammalate « indicarla con un accordo perfetto. Sulle linee orizzontali che passano « per le spine iliache anteriori e superiori si facciano cadere le linee « perpendicolari che limitano lateralmente l'epigastrio, sull' inserzione di « queste linee verticali con le orizzontali si trova il focolaio doloroso che « le ammalate accusano e che la pressione esercitata col dito mette in « evidenza.

« La esplorazione profonda di questa regione fa riconoscere facilmente « la sezione del distretto superiore che descrive una curva a concavità « interna: è là un punto di ritrovo. Versa la parte media di questa « cresta rigida, la mano incontra per lo più un corpo ovoide, allungato « trasversalmente e che premuto contro la parete ossea sfugge sotto le « dita. Allorchè questo corpo è tumefatto, ciò che si presenta frequen- « temente, esso può offrire il volume apparente di un'oliva o di un pic- « colo ovo. Ma con qualche abitudine la sua presenza può essere fa- « cilmente constatata anche quando rimane molto al disotto di queste « dimensioni.

« È in questo momento dell'esplorazione che si provoca sopratutto « il dolore e che questo si rivela con caratteri per così dire specifici. « Non si tratta d'un dolore comune, poichè è una sensazione complessa « che viene accompagnata da tutti o da parte dei fenomeni dell'aura « isterica, quali si producono all'avvicinarsi della crisi. Le ammalate « riconoscono questa sensazione per averla provata altre volte. »

E dopo aver detto come sotto la pressione continuata su questo punto insorgano palpitazioni con frequenza di polso, sensazione di bolo isterico, offuscamento della vista, perturbamento della coscienza, scoppio dell'accesso soggiunge:

« Converrebbe ricercare quale è lo stato anatomico dell'ovaia nel caso « che diventi sede del dolore iliaco nelle isteriche. Su questo punto nello « stato attuale delle nostre conoscenze, noi non possiamo disgraziatamente « dare che informazioni molto vaghe.

« Esiste talora *una infiammazione più o meno pronunziata dell'organo* « come nell'ovarite blenorragica studiata da Schutzemberger. Ma questa « è una circostanza piuttosto eccezionale e bisogna notare che l'infiammazione comune dell'ovaia può esistere con tutti i suoi caratteri, senza « che le irradiazioni descritte più in alto sopravvengano sia spontaneamente, sia sotto l'influenza di provocazioni.

« Bisogna dunque riconoscere che ogni infiammazione ovarica non « è indistintamente propria a provocare lo sviluppo dell'aura isterica. « *Il gonfiamento ovarico* nelle isteriche fa talora completamente difetto, « altre volte è poco pronunziato e sembra che la tumefazione della quale « l'ovaia è la sede, provenga da *una turgescenza vascolare* analoga a « quella che si mostra in altre nevralgie.

« L'anatomia patologica non ci fornisce a questo proposito alcun « dato positivo. Si potrà dunque presentemente designare lo stato dell'ovaia « sotto il nome d'ipercinesia, ovarialgia, ovarite, giacchè poco importa « il nome quando il fatto è ben constatato. »

Ho voluto riferire le parole istesse di Charcot per dimostrare l'importanza che egli dà al dolore ovarico nelle isteriche, e come anche indipendentemente da una alterazione o da un disturbo vaso-motorio dell'ovaia, egli ammetta sempre in quest'organo la causa e il centro di eccitazione degli accessi.

Ciò posto, si comprende come i chirurgi si dessero a esperimentare la castrazione in quei casi d'istero-epilessia, nei quali tutti gli altri mezzi di cura erano riusciti inutili, e come la fede e l'entusiasmo per la nuova operazione li portasse a giudicare troppo precipitosamente i risultati ottenuti, e a vedere guarigioni complete dove non era altro che un'acquiescenza temporanea dei disturbi nervosi e un effetto di suggestione.

Presentemente mentre l'ovaro-salpingectomia va sempre più diffondendosi nella cura delle malattie degli annessi uterini, vediamo all'opposto molto calmati gli entusiasmi per la stessa operazione nelle forme isteriche o istero-epilettiche gravi. Poichè forme istero-epilettiche riflesse che abbiano come punto unico d'irradiazione le ovaie normali, se pure esistono, sono molto più rare di quello che una volta si credeva.

L'iperestesia ovarica, l'ovarialgia, l'ipercinesi ovarica comunque voglia chiamarsi, si riscontra con grande frequenza nelle isteriche, ma essa deve, a mio credere, essere considerata come manifestazione sintomatica d'una forma nervosa generale la quale, per quanto più frequente, non deve avere significato diverso dalle altre zone isterogene.

È necessario però notare un fatto. Ed è che nelle isteriche si avverano, con la stessa frequenza che nelle altre donne, processi infiammatori delle trombe e delle ovaie, spostamenti dell' utero, peritoniti pelviche che ledono e comprimono questi organi e i loro plessi nervosi. I disturbi riflessi assumono allora una gravità singolare. E lo stesso avviene in donne con abito nevropatico che pure non abbiano avuto, prima delle loro sofferenze ovariche, alcuna manifestazione isterica

Si deve allora operare? Ecco il punto più difficile della questione sul quale sono ancora molto disparati i pareri.

Quelli che opinano si debba senz'altro intervenire con un trattamento operativo, invocano a loro favore il continuo e progressivo aumento dei disturbi nervosi per la diretta diffusione dei processi infiammatori dalle trombe al peritoneo e ai plessi nervosi, la triste influenza che i dolori lungamente protratti esercitano sulla nutrizione generale, lo stato di nevrostenia che ne consegue e finalmente il pericolo che si stabilisca una modificazione permanente nel sistema nervoso centrale e periferico per cui qualunque operazione, fatta troppo tardivamente, riuscirebbe inutile.

Quelli poi che sono contrari a un attivo intervento ci ricordano che non sempre questa operazione è scevra di pericoli, gli esiti incerti e le disillusioni cui essa ci espone, poichè i disturbi nervosi talora non solo non guariscono, ma peggiorano tanto da indurre a tentare altre operazioni, il grave disturbo portato alla circolazione periferica con la soppressione e la obliterazione di tronchi venosi e arteriosi importanti e finalmente tutti i danni di una menopausa artificiale, indotta bruscamente in un

soggetto nel quale anche la soppressione graduale, e lenta e naturale della mestruazione è causa di seri disturbi.

Tale lo stato della questione, a risolvere la quale io credo manchino sopratutto numerose osservazioni cliniche redatte esattamente e senza prevenzioni. Su ciò è inutile illudersi. Per questa come per molte altre operazioni la statistica non ha molto valore, perchè i risultati felici sono pubblicati a preferenza degli insucessi e in un tempo in cui non è sempre possibile giudicare dell'esito finale dell'operazione.

La questione della operabilità delle isteriche, che ora ho solamente accennata, sarà l'oggetto di un altro mio lavoro. Intanto pubblico queste due osservazioni, la prima delle quali è specialmente importante perchè mostra un lato nuovo della questione, la possibilità cioè di provocare con l'ovaro-salpingectomia gravi forme istero-epilettiche in donne che antecedentemente all'operazione non avevano mai avuto manifestazioni isteriche. In questi casi non si tratta, a mio credere, di forme isteriche traumatiche nel senso di Charcot, vale a dire sorte per la intensa emozione psichica del trauma e neppure di nevrosi traumatiche da commozione nervosa, come oggi vengono intese da molti nevropatologi, bensì di forme puramente riflesse, le quali migliorarono e guarirono solamente quando vennero a mancare quelle speciali condizioni locali che ne furono la causa.

Nel 2.° caso i fenomeni nervosi, che esistevano già prima dell'operazione, aumentarono alquanto dopo di questa, poi diminuirono per tornare ancora più intensi dopo un catarro intestinale acuto e finalmente con la progressiva diminuzione e atrofia del tumore scomparirono.

È notevole il fatto che, pure essendo eguale in ambedue la malattia e il trattamento operativo, le manifestazioni riflesse fossero così diverse, fatto che come ho accennato parlando delle cefalee di origine utero-ovarica (1) sta a dimostrare una localizzazione periferica dell'eccitazione, per quanto per ora sia impossibile stabilirne con esattezza le linee e i confini. Ciò premesso ecco le storie:

---

(1) *Bollettino della Società Lancisiana*, luglio 1890.

Osservazione I.

Ovaro-salpingectomia bilaterale incompleta per fibro-miomi dell'utero — Istero-epilessia.

De S.... Adele di 43 anni. Nulla di nevropatico dal lato ereditario. Il padre è ancora vivente, la madre è morta da due anni di malattia acuta. Fin dall'età di 6 anni incominciò a soffrire di dolori vaghi al ventre, ma nè essa nè i parenti vi prestarono mai grande attenzione. Ebbe per la prima volta la mestruazione a 12 anni, ma dopo due mesi il sangue cessò per ritornare quasi un anno dopo. Era per lo più accompagnata da dolori intensi all'epigastrio e alla fossa iliaca sinistra; per tipo e quantità sempre irregolare. A 14 anni ebbe nuovamente amenorrea e iperemia congiuntivale seguita da congiuntivite. Fu curata con una larga applicazione di sanguisughe ai pudendi. La mestruazione tornò e con essa scomparvero i disturbi oculari.

A 17 anni fu colta, a quanto sembra, da un attacco di pelvi-peritonite, poichè ebbe febbre, dolore acutissimo al quadrante inferiore destro, meteorismo e forti perdite di sangue. Dopo 5 mesi andò lentamente migliorando, ma il sangue non cessò mai, presentandosi a periodi irregolari ora più ora meno abbondante.

A 22 anni andò a marito. Le perdite nei primi mesi di matrimonio aumentarono tanto da ridurla in uno stato di profonda anemia. Fu allora operata d'istero-stomatomia bilaterale, forse con lo scopo di fare sporgere il tumore che fin d'allora si sospettava esistesse nell'utero e di produrre l'emostasi.

Ma nè il tumore comparve, nè le emorragie cessarono.

A 34 anni aborto a due mesi di gravidanza. L'anno dopo secondo aborto a cinque mesi di gravidanza e ancora un terzo aborto di dodici settimane dopo cinque mesi. Mentre i due primi si compirono abbastanza regolarmente, il terzo richiese l'estrazione della placenta. Ma l'emorragia non cessò che dopo sette mesi. Allora ebbe un periodo di calma, ma di breve durata. In seguito a una caduta il sangue tornò per durare sei anni ora più ora meno abbondante, ma sempre continuo ad onta degli innumerevoli mezzi di cura sia interni che locali messi in opera. Nel luglio 88 benchè ridotta a un grado estremo di debolezza e d'anemia volle assoggettarsi all'operazione.

Questa venne eseguita il 27 luglio dal dott. Bompiani con l'assistenza mia e dei dottori Ferreri, Ferraresi, Teti e Bastianelli. Incisione dall'om-

belico al pube — Grasso sotto-cutaneo e peritoneo parietale spesso — Anse intestinali e omento ricchi di grasso coprono il fondo dell'utero che dista quattro dita trasverse dalla parete addominale.

Il dott. Ferreri con la sonda e due dita nel fornice vaginale posteriore rialza e spinge in avanti il fondo dell'utero sul quale si trova un fibroma grosso come una noce. Il resto del corpo uterino ha il volume d'una grossa pera e una superficie ineguale per molti piccoli fibromi sotto-sierosi.

Ambedue le trombe ingrossate del doppio del calibro normale hanno un decorso semicircolare concavo d'alto in basso, limitando uno spazio nel quale si trova l'utero. Le ovaie raggrinzate aderiscono alle pareti laterali del bacino.

Doppio filo sotto il corno destro dell'utero — recisione e cauterizzazione al Paquelin del moncone tubarico. Altre due legature nel legamento tubo-ovarico.

Asportata la tromba, resta l'ovaia che è afferrata e stirata in alto. Il suo peduncolo è trapassato da un doppio filo e assicurato con doppia legatura sopra la quale è escissa l'ovaia.

A sinistra non fu possibile che l'esportazione dei 2[3 interni della tromba. Il padiglione e l'ovaia non si poterono staccare.

Escissione del fibroma con taglio cuneiforme sul fondo e sutura con cinque punti staccati di seta. Toilette delle pieghe vescico-uterine e del Douglas. Riposizione d'alcune anse del tenue estratte per farsi spazio nella asportazione dell'annesso sinistro. Sutura continua del peritoneo dei piani aponevrotici e muscolari e della pelle. Decorso post-operativo normale. Due punti cutanei posti all'angolo superiore della ferita, avendo suppurato, vengono tolti al 5.° giorno, gli altri all'8.° Tre mesi dopo l'operazione le condizioni di salute della De S.... erano notevolmente cambiate. Scomparsa ogni perdita di sangue, le forze erano subito tornate. L'appetito era buono. Non avvertiva alcun dolore.

Sui primi del dicembre 88 fu costretta per i suoi affari privati a fare un lungo e faticoso viaggio di 20 ore. Al ritorno fu colta da un dolore intenso alla fossa iliaca destra; ebbe febbre, meteorismo e nello stesso tempo ricomparve l'emorragia che si protrasse per 20 giorni. Quest'ultimo attacco di pelvi-peritonite la lasciò in uno stato psichico speciale. Spesso era triste, inquieta ed aveva crisi di pianto senza ragione. Una volta attivissima e piena d'energia, ora si sentiva incapace di attendere alle abituali occupazioni della sua vita. Soffriva spesso d'insonnia e di un malessere che nemmeno essa sapeva definire.

Nel febbraio 89 soffrì d'una nevralgia nel territorio del plesso brachiale destro, che cedette, sebbene incompletamente, sotto l'uso dei rivulsivi e della cura elettrica. Il malessere, l'irrequietezza e l'agitazione andavano sempre aumentando. Finalmente il 25 marzo 89 alle 7 p. scoppia

il primo accesso istero-epilettico che poi si ripete tutte le sere alla stessa ora.

L'ammalata avverte l'avvicinarsi dell'attacco dalla sensazione dell'aura che partendo dalla regione inguinale destra, le sale all'epigastrio e alla gola. Subito dopo perdita della coscienza e contrazione tonica, tetaniforme di tutti i muscoli. Il capo è rovesciato all'indietro e leggiermente piegato a destra. Il volto congesto, gli angoli labiali stirati in alto, le labbra semiaperte e ricoperte di schiuma. Gli occhi sono ruotati all'esterno e in alto, fissi. Le palpebre immobili. Le braccia avvicinate al tronco e ruotate pure all'esterno. La mano chiusa tiene serrato il pollice sotto le altre dita.

Subito dopo contrazioni cloniche e grandi movimenti e contorsioni con proiezione del bacino e posizione in arco di cerchio. Poi attitudini appassionate, alte grida, delirio. Spesso in questo stadio compariscono le allucinazioni e allora il volto e l'atteggiamento dell'inferma esprimono il terrore.

La fine dell' accesso è per lo più segnata da una crisi di pianto e da una grande emissione di orina.

Esame obbiettivo praticato dopo il 2.° attacco: Nutrizione generale scaduta, nessun appetito, insonnia, depressione psichica. Si lamenta di intensa cefalea che si esacerba all'avvicinarsi dell' accesso. La luce la infastidisce, ma non v'ha nè acromatopsia, nè restringimento del campo visivo. Sensibilità delle mucose normale.

Notevole iperestesia della metà destra del capo e della faccia, normale la sensibilità in tutti i punti del petto e del dorso. Presso a poco nel centro del quadrante inferiore destro una zona isterogena di 4-5 centimetri di diametro. Su questo tratto di cute la sensibilità è esagerata e pigiandovi sopra i muscoli sottostanti si contraggono e la pressione diventa intollerabile. Insistendo ancora si ha costrizione epigastrica ed esofagea e minaccia dell'accesso. Esercitando una forte compressione su questo punto nel momento dell'attacco si riesce a moderarne l'intensità, ma non a troncarlo.

Ventre convesso specialmente nella metà inferiore. Meteorismo. Risonanza timpanitica in tutto l'ambito addominale. Alla palpazione simmetrica al disopra del pube si trova a destra della linea mediana e alquanto più in basso della zona isterogena una leggiera resistenza a limiti indeterminati (focolaio di pelvi-peritonite).

Esame vaginale: Alla profondità di dieci centimetri circa si sente il collo dell'utero nella linea mediana occupante la metà dello scavo, duro, poco mobile lateralmente, più dall' indietro all' innanzi. I fornici laterali per vagina sono liberi, ma alla palpazione combinata delle fosse iliache sono dolenti a destra. Il fornice anteriore è occupato dal

corpo dell' utero, di cui il fondo arriva a quattro dita trasverse al di sopra del pube.

Esercitando una compressione contro il fornice laterale destro si sviluppano i prodromi dell' accesso. Sondamento difficile. Il passaggio della sonda eccita vivo dolore sopratutto all'orifizio interno e al fondo dell' utero. Dall'orifizio esterno al fondo l'utero misura 9 cent.

Dopo un mese la forma istero-epilettica andò attenuandosi. Il periodo epilettoide si fece più breve: il 2.° periodo delle contorsioni e dei grandi movimenti rimase presso a poco eguale, mentre quello delle attitudini appassionate e del delirio venne sostituito ora da uno spasmo della laringe, ora da un vomito infrenabile. I bromuri ad alta dose, il nitrito d'amile inalato durante l'accesso, le applicazioni elettriche non ebbero altro effetto che quello di rendere alquanto meno frequenti gli attacchi e di diminuirne l'intensità. Intanto il sangue, benchè non così abbondante come prima dell'operazione, continuava a fluire per ben 15 giorni ogni mese, per cui si decise di applicare la corrente elettrica a scopo emostatico alla superficie interna dell'utero.

Credo importante trascrivere alcuni dati del diario delle sedute:

1.ª Seduta, 2 giugno 89: Polo positivo della Batteria Spämer in comunicazione con un largo elettrode a borsa (del quale altrove ho dato la descrizione) (1) posto sul ventre della donna. Polo negativo in comunicazione con la sonda uterina.

Non disponendo d' un galvanometro esatto riferirò le sensazioni provate dall' inferma a seconda del numero degli elementi intercalati.

9. 33 a. A 6 elementi, sensazione di leggiero formicolio e costrizione epigastrica.

9. 39 a. A 9 elementi, dolore di tratto in tratto più intenso, oppressione del respiro.

9. 41 a. A 15 elementi, dolore intenso alla regione inguinale destra in corrispondenza della zona isterogena.

9. 43 a. A 20 elementi, come sopra, più formicolio delle estremità inferiori e contrazioni dell'utero.

9. 45 a. A 20 elementi. Perdita della coscienza, accesso, contrazioni tetaniformi susseguite da poche contrazioni cloniche. Dopo 15 minuti fine dell'accesso con intensi conati di vomito. Allo svegliarsi sente forte dolore all'epigastrio. Dalle 3 alle 4 p. dello stesso giorno secondo accesso della durata di un'ora. Alle 8 p. 3.° accesso che dura solamente pochi minuti. La quantità di sangue è diminuita.

---

(1) « Nuovo elettrode e speculum per applicazioni elettriche in ginecologia. » *Bull. Società Lancisiana*, Fasc. I, 1890.

Dal 3 all'11 giugno nessuna nuova applicazione elettrica e nessun accesso. L'emorragia è cessata.

11 Giugno 89. Seduta di cinque minuti con intensità crescente sino a 20 elementi. Viene sospesa per il sopravvenire dell'accesso che dura 10 minuti.

15 Giugno 89. Seduta di cinque minuti, accesso.

18 Giugno 89. Seduta di sei minuti preceduta da una iniezione di gr. 0,01 di morfina. L'applicazione è meglio sopportata e l'accesso non si sviluppa che nella sera.

22 Giugno 89. Seduta di cinque minuti. Corrente di 18 elementi. Dolori intensissimi alla fossa iliaca destra. Interviene poco dopo l'accesso che non dura che cinque minuti.

26 Giugno 89. Seduta di cinque minuti, 18 elementi, nessun accesso.

Le sedute di elettroterapia ginecologica vennero proseguite con l'intervallo di tre, quattro giorni fino al 17 luglio 89 ed ebbero per effetto di fare cessare totalmente le perdite di sangue. Anche gli accessi nervosi scomparirono. Sui primi di agosto ebbe la mestruazione che durò cinque giorni.

Le condizioni di salute della De S.... si mantennero per qualche tempo abbastanza buone. Però il 7 gennaio 90 venne colta dall'influenza che allora infieriva in Roma. In un forte accesso di febbre si gettò dal letto, prese freddo e il leggiero catarro bronchiale di cui soffriva da qualche tempo si diffuse dando luogo a una bronco-polmonite acutissima. Ritornarono le perdite di sangue e in seguito, nella convalescenza, anche gli accessi. Però la forma nervosa era cambiata. Non avvertiva più nè i sintomi premunitori, nè l'aura. Istantaneamente cadeva a terra perdendo la coscienza. Giaceva per lo più un'ora in uno stato di rigidità tetanica, scossa solamente di tratto in tratto da singoli spasmi muscolari. Poi si risvegliava spontaneamente non accusando altro che un po' di dolore ottuso al capo.

Della bronco-pneumonite sofferta le rimaneva una tosse ostinata, insistente che talvolta la pigliava ad accessi che ricordavano quelli della tosse convulsa. La forma nervosa si era anche diffusa ai centri psichici. Aveva talora una irrequietezza e un'agitazione continua, talora una profonda depressione malinconica. Soffriva d'insonnia e spesso stando a letto senza dormire aveva visioni strane e allucinazioni spaventose. Il sangue in discreta quantità le durava ogni mestruazione 8-9 giorni.

Ai primi di settembre andò a Napoli e il cambiamento dell'ambiente influì subito potentemente a ridonarle la salute. Con lo svago, i divertimenti e il nuovo genere di vita le ritornò l'appetito e l'allegria. La mestruazione si ridusse a quattro giorni di durata. Gli accessi scomparvero, ma un giorno essendosi recata a un paese molto alto sul livello del

mare, ne soffrì di nuovo. Ora la guarigione può dirsi definitiva, benchè a Roma le sia tornata l'insonnia e un leggiero dolore alla regione inguinale destra (1).

Che in questo caso si trattasse di una forma nervosa isterica e precisamente di una forma nervosa istero-epilettica, non può essere dubbio.

Per quanto i disturbi della sensibilità fossero poco accentuati e a noi non riuscisse constatare che due zone isterogene, l'una a livello del corno destro dell'utero, l'altra alla regione inguinale destra, le diverse fasi dell'attacco si succedevano in modo così caratteristico, che una confusione con l'epilessia vera era impossibile. Però non riusciva facile spiegarsi come e perchè fosse sorta questa forma d'isterismo. Era essa determinata dalle gravi e prolungate perdite di sangue o piuttosto dal trauma subìto dall'apparecchio utero-ovarico?

Bisogna ammettere che nè l'una, nè l'altra di queste cause fossero da sole sufficienti a produrre questa forma d'isterismo. Non le perdite sanguigne, perchè queste da anni ed anni affliggevano l'ammalata senza che per questo si avessero accessi convulsivi. Non il solo trauma subìto dagli organi utero-ovarici, perchè in questo caso lo scoppio dell'istero-epilessia sarebbe avvenuto subito dopo l'atto operativo. Guardiamo dunque la storia dell'ammalata. Per quattro mesi dopo l'operazione essa sta bene; poi un bel giorno, subito dopo un lungo e faticoso viaggio, è colta da un attacco di pelvi-peritonite destra con probabile punto di partenza dai peduncoli e dalle suture intra-addominali. Ritorna il sangue e incomincia uno stato di malessere e di agitazione indefinibile. Sensibilità squisita al quadrante inferiore destro non solo nella pelle, ma anche nei tessuti profondi. Da questi punti iperestesici ella avverte dipartirsi come un senso di costrizione epigastrica e di nodo alla gola. L'agitazione va sempre aumentando e finalmente tre mesi dopo l'attacco di peritonite scoppia il primo accesso istero-epilettico, preceduto dalla sensazione dell'aura che dalla regione inguinale destra le sale all'epigastrio e alla gola.

---

(1) Era stata totalmente libera da accessi fino all'aprile 91, vale a dire per circa otto mesi, quando avvenne lo scoppio della polveriera a Porta Portese. Lo spavento che ne ebbe fu grande. Gli accessi tornarono per qualche tempo, ma molto più miti. Scomparvero anche questa volta col cambiamento del clima.

Tenendo conto della iperestesia che nel quadrante inferiore destro era sopravvenuta insieme o poco dopo il processo peritonitico, della zona isterogena che vi si era costituita, del caratteristico diffondersi dell'aura sempre da quel lato, io credo che fin d'allora si stabilisse nella De S.... una forma d'isteria locale che poi passò alla forma generale.

Questo fatto dell'impiantarsi d'una isteria locale prima che abbia luogo lo sviluppo della forma nervosa generale è stato per la prima volta dimostrato pei casi traumatici dal Brodie. Egli ha notato che in donne nervose una puntura, una piccola ferita bastano a produrre iperestesie, contratture, dolori e altri fenomeni che per la loro intensità non sono assolutamente in rapporto col trauma subìto. E cita a questo proposito il caso di una ragazza di 12 anni che in seguito alla ferita dell'indice della mano destra con un paio di forbici ebbe dolori, contratture, spasmi del braccio destro, poi nausee e vomiti, contrazione spasmodica del diaframma, occlusione della mascella, ecc. Charcot ha poi mostrato con altri casi il nesso intimo che passa fra queste forme d'isterismo locale e quelle d'isterismo generale.

Lucas-Championnière (1) ha richiamato l'attenzione dei chirurgi sui gravi disturbi che possono sopravvenire nelle donne in seguito a operazioni sull'apparecchio utero-ovarico; dolori, polso piccolo, frequente, spasmo respiratorio e un riflesso gutturale, uno sputacchiare caratteristico da lui considerato come un segno patognomonico di tali accidenti.

Questi fenomeni, che con qualche variante tutti coloro che si occupano di operazioni ginecologiche hanno molte volte osservato, sono dovuti alla stimolazione delle fibre nervose dei plessi utero-ovarici, stimolazione che, trasmessa per via riflessa, talora colpisce i territori innervati dal simpatico, talora quelli innervati dal pneumogastrico, talora anche i centri corticali e i centri psichici superiori.

Gucci (2) e Fillebrown (3) si sono in questi ultimi tempi occupati dei disturbi psichici che talora sopravvengono in seguito a operazioni ginecologiche. Una delle ammalate del Gucci, la seconda, richiama in modo speciale la nostra attenzione perchè, avendo come la nostra, un

---

(1) *Bulletin Médical*, 7 mars 1888.

(2) « Le operazioni chirurgiche come causa di pazzia. » *Rivista Speriment. di Freniatria*, Vol. 15.

(3) « Psychoses and gynecological operations. » *Amer. Journal of. Obst.*, N. 1, 1889.

fibroma dell'utero, venne dal prof. Chiara pure operata di castrazione. La frenosi si svolse dieci giorni dopo l'operazione.

Il Gucci, e mi pare con molta ragione, paragona per l'importanza l'estirpazione delle ovaie alla estirpazione del gozzo. Però non posso essere d'accordo con lui là dove egli dice che lo sviluppo dei fenomeni nervosi debba attribuirsi alla perdita subìta dall'organismo di organi così importanti per l'economia animale. Sono oramai tante le donne che non risentono alcun disturbo dalla perdita delle loro ovaie, che io davvero non saprei accettare questa opinione, e d'altra parte le ultime ricerche di Brobnik sui cani hanno provato che si può estirpare la tiroide senza che si abbiano le caratteristiche alterazioni nervose. Queste insorgerebbero e tanto più sarebbero gravi quanto maggiore fu la reazione infiammatoria delle parti vicine alla ferita e più forte la irritazione meccanica. La dispnea, l'aritmia cardiaca, le alterazioni della nutrizione, insomma il quadro della cachessia strumipriva si avrebbe, quando nell'operazione fossero state lese le ramificazioni terminali del simpatico, del vago e del glossofaringeo e quando dalla suppurazione e dal processo cicatriziale fossero state intensamente irritate. Tale è anche l'opinione di Munck (1).

Ora chi ha praticato o visto praticare operazioni di gozzo nell'uomo (e queste per solito vengono eseguite quando dall'enorme volume del tumore proviene serio disturbo alla respirazione) sa quanto sia esteso il traumatismo sulle regioni antero-laterali del collo e come l'irritazione di alcuni tronchi nervosi importanti e la lesione dei loro rami terminali sia inevitabile.

Ciò spiega perchè nell'uomo la cachessia strumipriva sia molto più frequente che nel cane, nel quale la estirpazione della tiroide normale offre minore difficoltà e richiede un trauma di gran lunga minore. E ciò, a me pare, spiega perchè mentre un numero infinito di castrazioni decorre normale, in taluni casi si abbiano complicazioni inaspettate e fenomeni nervosi gravi. Egli è che molte volte le trombe e le ovaie, libere d'aderenze, poco aumentate di volume, vengono facilmente asportate, mentre altre

---

(1) In opposizione a questi due ultimi autori Ferretti avrebbe sempre ottenuto negli animali operati sviluppo di cachessia strumipriva tipica e morte in media dopo 15-20 g., benchè trapiantasse la tiroide estirpata ora nel mesentere, ora nel cavo peritoneale, ora tra i muscoli, ora sotto la cute. FERRETTI, VIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia. *Riforma Medica*, N. 265, anno 1891.

volte il distacco è lungo, penoso, difficile e la reazione che ne segue per necessità più grande (1).

Ora ritornando al nostro caso, mentre nella De S.... non abbiamo avuto disturbi nervosi nè pel tumore sviluppatosi nell'utero, nè per le perdite sanguigne cui esso dava luogo, nè per l'atto operativo stesso, abbiamo veduto sorgere una forma d'isteria locale e successivamente di istero-epilessia quando sui peduncoli e sui monconi dei plessi utero-ovarici si è svolto un processo di reazione infiammatoria e di peritonite.

Che ivi fosse il punto d'origine di tutti i fenomeni nervosi, ci viene dimostrato dal fatto che ogni qualvolta si pigiava sulla regione inguinale destra (e notisi che da quel lato mancava l'ovaia) si risvegliava l'aura, la costrizione epigastrica e il nodo alla gola, e che lo stesso effetto si poteva ottenere sostituendo allo stimolo meccanico l'eccitazione con la corrente galvanica.

Il decorso e il miglioramento progressivo, per quanto lento di questo caso d'istero-epilessia, verrebbe a confermare un fatto che dopo d'allora ho avuto parecchie volte occasione di riscontrare nella pratica, che cioè l'isterismo post-operativo non ha la tenacità e la fissità di sintomi di quello spontaneo. Lo stesso si avrebbe, secondo Fillbrown, anche nelle psicosi traumatiche nelle quali la prognosi può stabilirsi felice, quando non esista nell'inferma una spiccata predisposizione congenita.

Ed ora un particolare importante. Si parla sempre nell'isterismo di iperestesia ovarica, di zone isterogene ovariche, di ovarialgia come di un sintomo quasi patognomonico di questa forma nervosa. Ora nel nostro caso esisteva una spiccata iperestesia e una zona isterogena nella regione inguinale destra, cioè da quel lato dove appunto mancavano la tromba e l'ovaia. Del resto Hegar già da molto tempo ci ha avvertiti che con la semplice palpazione delle pareti addominali non si può raggiungere l'ovaia e che per conseguenza non si può attribuire a quest'organo il dolore che quasi tutte le isteriche risentono nelle regioni così esattamente determinate da Charcot.

---

(1) Secondo Keith la follia si svilupperebbe 10 volte su 100 casi di operazioni gravi sull'utero e specialmente dopo le isterectomie. Lawson Tait chiama cotesto un errore di penna o un risultato eccezionale e nelle sue operate molto più numerose di quelle di Keith non ha mai riscontrato un caso di follia. V. *Riforma Med.*, N. 157, anno 1891.

Concludendo abbiamo avuto in questo caso d'ovaro-salpingectomia una strana e inaspettata complicazione: lo sviluppo di una istero-epilessia riflessa che, dati i precedenti dell'inferma, nessuno poteva prevedere. Fatto tanto più notevole se si pensa che questa operazione è stata proposta e molte volte eseguita allo scopo di migliorare e guarire gravi forme isteriche.

Osservazione II.

Fibro-mioma del corpo dell'utero — Compressione del simpatico addominale — Ovaro-salpingectomia bilaterale — Nevrosi vasomotoria.

S.... Colomba di 51 anni. Non sa dirci se nella sua famiglia esistano antecedenti nervosi ereditari, giacchè la madre è morta giovanissima di parto, il padre lontano da lei in America. Prima mestruazione a 13 anni regolare per tipo e quantità. A 20 anni matrimonio. Due parti a termine normali, due aborti a 3-4 mesi di gravidanza. Dopo d'allora cefalea, anoressia, mestruazioni abbondanti, talora anche dolorose, senso di esaurimento e di prostrazione generale. A questi disturbi si aggiunsero senso di freddo, talora senso di calore urente per tutto il corpo, talora brividi, talora invece sudore profuso.

Questi cambiamenti dell'innervazione vaso-motoria si riflettevano in modo singolare sul volto dell'inferma che ora era pallido, ora rosso-vivo.

Questi disturbi, pure essendo abituali, aumentavano d'intensità nel periodo mestruale ed erano allora accompagnati da tenesmo rettale, da senso di stiramento e di pigiamento dell'utero.

Nel febbraio 79 avvertì per la prima volta nella fossa iliaca la presenza di un tumore della grossezza di una testa di feto. Probabilmente si trattava di una cisti poichè, quando due anni dopo le venne praticata una puntura vaginale, fuoriuscì un liquido vischioso rosso-bruno.

Da questa piccola operazione ebbe notevole sollievo. Diminuirono i dolori, i disturbi vaso-motori e migliorò anche l'insonnia ostinata di cui soffriva.

Nell'88 tornarono di nuovo profuse emorragie e poco dopo con intensità ancora maggiore i disturbi nervosi.

Stato dell'ammalata prima dell'operazione. Nutrizione generale scaduta, colorito della pelle giallastro, mucose pallide, tessuto sotto-cutaneo scarso. Sensibilità generale e sensi specifici normali. Toni del cuore deboli, oscuri, ma senza traccia di soffio. Apparecchio respiratorio normale. Polso frequente per lo più 92 pulsazioni al minuto primo, irregolare.

Talora ampio e pieno, talora piccolo e contratto. Queste variazioni nel polso avvengono specialmente nel periodo dell' accesso che descriverò in seguito.

Ventre leggiermente convesso nella metà inferiore specialmente a destra per un tumore di consistenza dura che arriva a 12 centimetri al di sopra del pube. Approfondandovi le dita si sente che è a superficie irregolare, lobata e che occupa l'ingresso pelvico. È dolente solo alla pressione nel quadrante inferiore destro.

Esplorazione vaginale. Fornici vaginali uniformemente abbassati da una massa dura che occupa la metà superiore dello scavo, porzione sotto-vaginale del collo atrofica, indietro nella curva sacrale. All'esplorazione combinata si sente che il tumore fa corpo con l'utero e che dalla metà superiore dello scavo dall' ingresso pelvico arriva fin quasi a un dito trasverso al di sotto dell' ombelico. Più che a destra si estende verso sinistra ove occupa tutto il quadrante inferiore, sempre però ricoperto dalle anse intestinali. Orinazione frequente per semplice fatto meccanico, stipsi abituale.

L'accesso nervoso che io direi vaso-motorio la coglie per lo più nelle ore pomeridiane, segnatamente dopo il pasto. Incomincia con senso di agitazione e di malessere, poi avverte chiaramente la sensazione dell'aura che dalla regione inguinale sinistra le sale all'epigastrio e alla gola con senso di costrizione e di nodo. Le sofferenze aumentano quando l' aura le giunge al capo, poichè allora scoppiano quasi istantaneamente tutti i disturbi vaso motori. La respirazione si fa più frequente, il polso diventa irregolare, ora ampio e pieno, ora piccolo e contratto, però sempre accelerato. Il volto rivela questi cambiamenti nell' innervazione vaso-motrice ora con un colorito pallido, ora con un colorito rosso-vivo. In questo momento la sovreccitazione generale raggiunge il suo massimo d'intensità e v'ha talora subdelirio e tendenza ad atti impulsivi, però la coscienza rimane integra. L'accesso finisce per lo più con una crisi di pianto e con profuso sudore.

Ecco la temperatura presa durante l'accesso del giorno 6 marzo 90:

Al principio dell' accesso	alle 3. — p. .	37. 2
All'acme dell'accesso	alle 4. 15 p. . .	37. 6
» »	» 5. — p. . .	37. 4
Alla fine dell'accesso	alle 7. — p. . .	37. 2
» »	» 7. 45 p. . .	37. 0

Gli accessi variavano nella loro durata da una, due, tre ore.

L'ammalata fu operata il 13 marzo 90.

Profonda cloro-narcosi. Taglio delle pareti addominali dall'ombelico

a due dita trasverse al di sopra del pube. Apertura del peritoneo. Le anse intestinali ricoprono totalmente il tumore, ma è facile respingerle in alto e sostenerle con un lenzuolino di garza. Mentre le aderenze esistenti sulla superficie anteriore e antero-superiore del tumore sono facilmente distaccate dalla mano introdotta nel cavo peritoneale, riesce impossibile separare quelle che ne uniscono la superficie posteriore ai tessuti profondi.

In questo momento cerchiamo di farci un concetto chiaro dei rapporti che esistono fra quelli e il tumore. Esso sorgendo dalla pelvi si dirige verso sinistra e adagiandosi nella doccia vertebrale giunge sino alla biforcazione dell'aorta. Profondamente è contornato da un'atmosfera di essudati antichi e resistenti dai quali è impossibile liberarlo. Ricordando che quel tratto del simpatico addominale che va sotto il nome di plesso ipogastrico superiore giace sul punto di biforcazione dell'aorta e spinge i suoi prolungamenti lungo le arterie iliache, parve a noi che i disturbi nervosi sofferti dall'inferma si potessero porre in rapporto con la compressione e la costrizione subìta da questo plesso. Convinto che ogni tentativo di distaccare le aderenze profonde sarebbe stato inutile e dannoso, il dott. Bompiani procede alla legatura e alla estirpazione degli annessi. Pulizia accurata del peritoneo, sutura continua del peritoneo, dei piani aponevrotici e muscolari e finalmente della pelle profonda e superficiale. Medicatura con garza iodoformica.

Dopo l'operazione: Notte agitata con leggiero delirio e sovreccitazione nervosa. Temperatura al mattino 37. 2, alla sera 37. 7. Vomito da cloroformio, disturbi nervosi vaso-motori.

13 Marzo, nessun accesso.

14 Marzo, lieve accesso.

15 Marzo, insonnia e leggiera sovreccitazione.

Da quel giorno, benchè si avesse un decorso perfettamente asettico, potemmo constatare gli stessi fenomeni già osservati e descritti prima dell'operazione, ma alquanto più intensi. I disturbi vaso-motori erano costituiti da una vera congestione del capo ed erano accompagnati da dolore ottuso; la sera aveva per lo più brividi di freddo. L'insonnia era ostinata, ribelle a tutti gli ipnotici; spesso era in uno stato di profonda depressione malinconica e allora aveva lunghe crisi di pianto. Il tumore andava rapidamente diminuendo e un mese dopo l'operazione arrivava appena a nove centimetri al di sopra del pube. Il sangue non era più comparso. I tonici, i calmanti, gl'impacchi freddi riuscirono completamente inutili. Molto effetto si ebbe invece dalla galvanizzazione del simpatico all'addome, al collo e al capo. Dopo le sedute i dolori agli ipocondri, all'epigastrio e al capo e quello stato speciale di eccitazione si calmavano come per incanto. Riusciva anche a vincere la sua ostinata ripugnanza al cibo e a mangiare quasi con appetito.

Nel giugno e luglio fu consigliata per completare la cura a recarsi in montagna e qui, specialmente nei primi giorni, le sue condizioni di salute migliorarono. Disgraziatamente, in seguito a raffreddamento, ammalò di catarro intestinale acuto, che in breve tempo la ridusse in uno stato peggiore ancora di quello in cui si trovava subito dopo l'operazione. Anche questa volta il trattamento elettrico fu quello che ci corrispose meglio di tutti gli altri. Dopo tre mesi la guarigione era completa. Il tumore ridotto tanto di volume da non essere più avvertito con la esplorazione addominale, il sangue del tutto scomparso, i dolori cessati e i disturbi vaso-motori minimi relativamente all' intensità e a quella forma ad accesso che avevano prima e subito dopo dell'operazione.

Per quanto nel caso precedente e in questo si avesse a fare con la stessa forma morbosa, un fibro-mioma dell' utero, pure quale differenza nei disturbi nervosi riflessi da esso prodotti! Qui nè prima nè dopo dell' operazione disturbi notevoli della sensibilità generale, non dolori intensi, non accessi convulsivi, ma una nevrosi vaso-motoria che riusciva estremamente tormentosa all'ammalata e la metteva in uno stato singolare di eccitazione.

Perchè queste differenze? Abbiamo veduto che nella De S.... (1.° caso) esistevano due miomi, uno sul fondo dell'utero piccolo, peduncolato, l'altro molto in basso sulla parete posteriore e in rapporto con la superficie anteriore del retto. Gli annessi uterini portavano i segni di processi infiammatori cronici ed erano specialmente a sinistra fortemente aderenti per antichi essudati duri e resistenti.

L'utero era elevato nella direzione dell'ingresso pelvico, però mobile in leggiero grado di retroversione.

Nel 2.° caso invece l'utero uniformemente aumentato di volume stava fisso all'indietro nello spazio del Douglas e il suo fondo e la sua superficie posteriore giungevano fino alla biforcazione dell'aorta, dove una massa tenace di essudati impigliava i vasi arteriosi, il tumore e il plesso ipogastrico superiore del simpatico.

Se dunque in questi casi, pure essendo eguale la malattia primaria, i disturbi che ne provenivano erano così diversi, ciò era abbastanza spiegato dalla diversa localizzazione del tumore e dal diverso grado di compressione da esso determinato.

Il polso piccolo, vario, frequente; i notevoli disturbi vaso-motori,

la cefalea stavano a dimostrare una compressione o una eccitazione delle fibre del simpatico, compressione ed eccitazione che non esisteva almeno a quel grado nel 1.° caso e che doveva diminuire quando per l'estirpazione delle ovaie veniva a mancare una causa di congestione periodica e veniva a stabilirsi un processo di rapida involuzione e atrofia del tumore.

Da ultimo voglio far notare che quando si procede nei soggetti nevropatici a operazioni sull'utero e sugli annessi sia per malattie di questi organi, sia per guarire sofferenze che si ha ragione di credere di origine riflessa, conviene essere preparati a vedere, sopratutto nei primi giorni, aumentarsi notevolmente i disturbi nervosi e che talora questi dispiacevoli effetti del trauma si prolungano, con grande sconforto dell'operatore e delle operate, anche per qualche tempo prima che intervenga una guarigione radicale.

Dott. G. SANGREGORIO

Sopra un caso di Sinfisiotomia

Comunicazione all'Associazione Medica Lombarda
nella Seduta del 30 Novembre 1892.

Sono dolente di non poter, come era mio divisamento, presentare un'operata di sinfisiotomia: trattandosi d'una operazione, direi quasi, d'attualità, poteva riescire interessante il vedere l'operata: ma essa si rifiutò troppo decisamente perchè io credessi opportuno d'insistere nel pregarla. D'altra parte la presenza della operata non avrebbe fatto altro che convalidare i dati che io vi porgerò e che quindi voi potrete apprezzare egualmente. E sarò preciso, sarò scrupoloso nel porgervi questi dati che furono anche controllati da qualche collega della Guardia Ostetrica, perchè la sinfisiotomia è operazione non ancora da tutti accettata, è operazione che non si può dire ancora entrata nella pratica di tutti gli ostetrici: è operazione che, come venne inconsultamente derisa e considerata come il parto di una mente irreflessiva giovanile all'Accad. Medica francese nel 1768, lorchè fu proposta dal Sigault, così anche oggi ha degli oppositori, ma degli oppositori serii perchè scienziati, e scienziati di valore, come serii e scienziati, e scienziati di valore sono coloro che la sostengono. È quindi necessario in mezzo a questi dispareri d'uomini illustri, eseguire diverse sinfisiotomie, tener conto esatto delle condizioni in cui vengono praticate, tener conto esatto dei risultati prossimi e remoti, per potere alla stregua dei fatti studiati senza prevenzione, venire ad un apprezzamento clinico sul valore e sulle indicazioni di questo atto operativo. Ed è per ciò appunto che promisi d'essere esatto e preciso nel porgere i dati riferentesi al mio caso.

*

Io mi guarderò bene dal fare un cenno storico della sinfisiotomia: non potrei altro che ripetere quanto venne scritto e riscritto in questi ultimi anni da varii e pregiati autori, e specialmente in questi ultimi tempi, nei quali l'operazione sigultiana ha avuto anche un risveglio all' estero, mentre prima era rifugiata esclusivamente, non in Italia, ma presso la scuola napoletana; tanto è vero che in un vasto campo ostetrico come Milano, le ultime sinfisiotomie praticate furono le tre del Gianni, dal 1815 al 1818 (74 anni fa) in S. Caterina.

Mentre il Morisani, dal 1863 in avanti, portava largo contributo alla sinfisiotomia, sia con casi operativi, sia con scritti importanti, giungendo fino àlla sua comunicazione fatta nel 1886 alla Società italiana d' ostetricia e ginecologia in Roma; mentre anche il professor Novi di Napoli, pubblicava esso pure lavori (1872-1881) in favore della sinfisiotomia; mentre anche il prof. Mangiagalli, non della scuola napoletana, in una prolusione ad un corso di ostetricia in Sassari nel 1882, parlava della sinfisiotomia come di atto operativo destinato a risorgere sotto l' egida della medicatura antisettica, e ne discuteva seriamente e spassionatamente le indicazioni; noi vediamo i clinici d' Italia o non accettare e non esperimentare questo atto operativo senza discuterlo, ovvero discuterlo per venire alla conclusione che è un' operazione da abbandonarsi.

Fra questi ultimi abbiamo il prof. Cuzzi, che nelle sue lezioni cliniche agli studenti, ancora nell'anno 1888-89, dichiara che secondo lui, la sinfisiotomia non godrà mai il favore degli ostetrici, ed appoggia il suo concetto sulle seguenti ragioni:

a) Sulla difficoltà d'afferare l' indicazione dell' intervento operativo (generalmente in vizii pelvici che si avvicinano ad 80-81 di C. V. si tenta il forcipe che compromette la vita del feto, ed obbliga perciò a successiva embriotomia). — *b*) Sulla maggiore mortalità delle donne, per la sinfisiotomia, anzichè per la embriotomia nei limiti di 67-81 segnati per la sinfisiotomia. — *c*) Sull' essere poi la donna obbligata a lunga degenza a letto, e sul presentare spesso dei reliquati noiosi dell' atto operativo (disturbi nella deambulazione e nell'orinazione). — *d*) Sul fatto che essendo migliorata la statistica del taglio cesareo conservatore, dopo le modifiche del Sänger, il taglio cesareo conservatore rappresenta un serio e temibile concorrente alla sinfisiotomia.

Da quale parte sta la ragione? io certo non posso dare un giudizio,

e nemmeno mi sento da tanto di cimentarmi nella lotta: io osservo ed imparo da questa lotta: desideroso di non giurare in *verba magistri*, avrei voluto tentare colle mie mani, per potere giudicare spassionatamente colla mia testa. E perciò vidi con animo lieto l'occasione che mi si porse di praticare una sinfisiotomia, dalla quale ecco il racconto clinico:

La sera del 17 dello scorso mese di ottobre io venni chiamato, dalla sede della Guardia Ostetrica, nel sobborgo di Porta Garibaldi, presso una donna primipara in travaglio di due giorni. — Era una donna di 25 anni, bassa di statura, dell'aspetto evidentemente rachitico. Travaglio iniziato nelle ore pom. del 16 ottobre, rottura spontanea del sacco al mattino del 17, a 3 cent. di dilatazione, dolori validi tutto il giorno con nessun progresso della parte presentata, partoriente stanca, irrequieta, sfiduciata: ecco i dati che potei raccogliere dalla levatrice.

Osservando quella donna, saltava subito all'occhio il ventre eccessivamente pendulo; fatto molto significante in una primipara, espressione quasi sicura di angustia pelvica associata ad inclinazione notevole del bacino. Si rilevava inoltre il meschino sviluppo di tutto il bacino. Il feto era in presentazione di vertice con dorso a sinistra, la testa ancora allo stretto superiore; il battito cardiaco nel Q. I. S., era di quando in quando irregolare. All'esplorazione rinconfermai la presentazione di vertice in O. I. S. T., fortemente inclinata sul parietale posteriore, testa allo stretto inferiore, solo fissata per enorme tumore di parto; dilatazione di 6 cent. circa. La C. D. misurava 93 mm. Fattomi il concetto dell'impossibilità del passaggio della testa fetale integra attraverso a quel bacino, proposi alla partoriente e alla famiglia le due vie per liberare la donna: la via embriotomica, la via sinfisiotomica, spezzando naturalmente una lancia in favore di quest'ultima che venne accettata. Accompagnai io stesso la malata in carozza in una casa di salute, feci avvisare i colleghi della Guardia Ostetrica, e preparati nel frattempo gli strumenti necessarii, provveduto ad una generosa disinfezione, esaminai attentamente la donna. Ecco i dati che potei ricavare: altezza 1,35, cranio voluminoso, asimetrico, con notevole sporgenza della bozza parietale destra, deviazioni scoliotiche e lordotiche della colonna vertebrale: cioè curva scoliotica dorsale a convessità destra, con conseguente notevole sporgenza della gabbia toracica posteriormente a destra; curva scoliotica dorso lombare a convessità sinistra; osso sacro quasi centilizzato; marcata insellatura lombare, tanto che degendo la malata su d'un piano orizzontale, era facile insinuare un pugno sotto la regione lombare e conseguente bacino notevolmente inclinato. Sp. 24 cent. —

Cr. { a 4 cent. da Sp. 25 1[2 cent. / » 7 » » » 22 » B. T. 28 cent. — O. B. D. 20 c. — O. B. S. 21 c. Cr. p. 72 c. — C. E. 16 1[2 c. — C. D. 93 mm. La sinfisi pubica era molto alta, ed anche molto inclinata dall' indietro in avanti e dall'alto al basso. Il promontorio leggiermente deviato a destra. Infine si notava il ginocchio destro in marcato valgismo, tanto che la donna zoppicava, e arcuatura di ambe le tibie.

Dall'altezza della malata (1, 35) era facile sospettare una viziatura pelvica grave, perchè al disotto da 1,40 d'altezza è quasi assioma che la C. V., eccetto che nei bacini imbutiformi, debba essere minore di 80 mm.; dall'aspetto e dalle note di rachitismo era facile immaginare che si trattava di un vizio pelvico rachitico; dalla misura della circonferenza pelvica (72 cent.), bisognava concludere per un bacino totalmente ristretto; e siccome il raccorciamento nei diametri antero-post. era maggiore che nei diametri trasversi, così a priori si era condotti (tralasciando di tener nota della leggiera deviazione del promontorio) a stabilire la diagnosi di *bacino totalmente ristretto, piatto, rachitico.* Di quanto sarà stata la C. V.? Deducendola dalla C. E. si avrebbe una C. V. di 75 mm. Ma e quanto si deve dedurre dalla C. D. per ottenere la coniugata vera? Qui sta il punto più importante forse della pelvimetria e quello sul quale pur troppo non sono ancora chiare le determinazioni. Jacquemier deduce dalla C. D. 6-9 mm., Pajot 10 mm., Depaul 15 mm., Naeghele 13-17 mm., Michaelis 17 mm., Cazeaux 6-11 mm. Pinard dice che tutte le volte che la sinfisi è alta più di 4 cent. deducete 15-20 mm., se meno di 4 cent. deducete 10-15 mm. Schröeder nei bacini rachitici dice di sottrarre 20 mm. Il prof. Mangiagalli da studii fatti su 100 bacini dice che la deduzione in generale deve essere non meno di 12, non più di 15 mm.

Nel mio caso come potrei determinare il grado di viziatura? Tenendo calcolo del vizio rachitico, dell'altezza ed inclinazione della sinfisi, dedurrò il massimo segnato dal Mangiagalli, o quello segnato dallo Schröeder? Io credo che nel mio caso la C. V. era di 75-77 mm. circa.

Siccome la gravidanza era a termine (ultima menstruazione 15 gennaio), ed il feto ben sviluppato, eravamo nel caso nel quale la sinfisiotomia trova la sua giusta indicazione, perchè la C. V. era maggiore di 67, minore di 81.

Ma mi si domanderà, in questo caso prima di praticare la sinfisiotomia non era indicato fare un tentativo di forcipe? Questa domanda mi venne anche rivolta da un collega della Guardia Ostetrica; io decisamente rispondo, come risposi allora, che il forcipe in questo caso era assolutamente sconsigliabile, e ciò non solo perchè i diametri del bacino e lo sviluppo del feto erano sproporzionati, non solo perchè si correva rischio di compromettere la vita del feto, ma perchè noi qui ci trovavamo davanti ad un anormale atteggiamento del feto, perocchè, come si

disse, la testa allo stretto superiore in O. I. S. T. era fortemente inclinata sul parietale posteriore, in maniera che la sutura sagittale guardasse direttamente dietro la sinfisi pubica. Ora per me questo anormale atteggiamento del feto, figlio diretto del connubio fra la pelvica stenosi e l'inclinazione del bacino, e a produrre il quale in parte concorre anche la rottura precoce del sacco, questo anormale atteggiamento ripeto rappresenta una *nuova indicazione della sinfisiotomia.*

Infatti lo Schröeder, eccetto che nei casi semplici, nei quali la correzione di questo vizioso atteggiamento è facile e per lo più è anche spontanea, dichiara inutili i tentativi di correzioni digitali che sempre falliscono; sconsiglia l'uso del forcipe: non dice le ragioni perchè sono evidenti: per quanto si spingano indietro i manici del forcipe, le trazioni si fanno sempre non lungo l'asse dello stretto superiore, ma in avanti: e quindi col forcipe invece di coreggere si tenta peggiorare la inclinazione. Lo Schröeder invece raccomanda la versione, ma, appoggiandosi anche all'autorità del Michaelis dice d'intervenire assai presto, prima che il segmento inferiore posteriore dell'utero si assotigli troppo, perchè potrebbe lacerarsi. Nel mio caso al momento della chiamata già più non si doveva nè si poteva parlare di rivolgimento.

Come si vede adunque il caso non era semplice; alla stenosi pelvica, già abbastanza seria, era associata un'inclinazione della presentazione che rendeva più sfavorevole i rapporti diametrici fra testa fetale e bacino: l'indicazione adunque di ampliare i diametri pelvici era evidente, e perciò pregato un collega di cloroformizzare la donna, mi accinsi con animo sereno all'atto operativo, che praticai seguendo le regole dettate dalla scuola napoletana, usando per la sezione della sinfisi della falcetta del Galbiati, della quale tengo un modello genuino perchè regalatomi dal dott. Cucca di Napoli, quando nel mese di maggio venne in Milano a tenere una conferenza sulla sinfisiotomia. Feci un'incisione di circa otto centimetri, da un cent. e 1[2 di sopra del pube al margine inferiore della sinfisi. Mi approfondai sino all'osso, feci da un aiuto spostare l'uretra con catetere verso destra e passai allo scollamento digitale dei tessuti retro pubici; colla falcetta incisi d'un colpo la sinfisi; ma non si ebbe divaricazione delle ossa perchè non era stato inciso il legamento sotto-pubico; con un bistorì bottonuto incisi anche quest'ultimo, ed allora le due ossa si allontanarono per circa 4 cent. Questo piccolo accidente operativo contradice alle vedute del Leopold (*Centralbl.*, 1892) che non ritiene necessaria l'incisione del legamento sotto-pubico.

Applicai un tampone di garza bagnata in soluzione di sublimato corrosivo, nello spazio retropubico, per dominare una emorragia non grave, venosa, da qualche ramo del plesso venoso prevescicale ed esplo-

rai attentamente la donna: sotto le contrazioni potei verificare che la testa andava via via prendendo il suo normale atteggiamento: dopo poche contrazioni, mentre la testa si impegnava nello scavo, potei riscontrare la sutura sagittale ancora lungo il diametro trasverso, ma centralizzata. Questa rapida correzione spontanea di una così grave contingenza clinica, mi convinse maggiormente a considerare certi abnormi atteggiamenti del feto, così frequenti in pelviche viziature anche moderate, *vere nuove indicazioni della sinfisiotomia.*

La dilatazione della bocca uterina era di soli 6 cent.: il piano perineale assai lungo resistente, l'ostio vulvare assai ristretto: l'attendere il parto spontaneo con tutti questi ostacoli ancora da superare, in donna già in travaglio da più di 30 ore, e quindi col pericolo dell'insorgenza di una inerzia secondaria, e con battito cardiaco fetale che andava rallentandosi e facendosi irregolare, mi sembrava equivalesse a voler sacrificare il feto, nel cui interesse l'operazione era stata fatta. E perciò praticai colla forbice qualche incisione sulla bocca uterina, applicai il forcipe, e fatte due ampie episiotomie bilaterali, estrassi in pochi minuti un bambino vivo, vitale ben conformato, robusto. Durante l'estrazione del bambino, con apposita fasciatura venne impedita una divaricazione delle ossa del pube maggiore di 5 cent. Il secondamento fu naturale: praticai la sutura delle ampie episiotomie con sei punti ciasuna: praticai un punto di sutura con grosso filo di seta fra i due pubi, e tolto il tamponamento retro-pubico, essendo cessato il gemizio di sangue praticai la accurata sutura della ferita mediante fili di seta.

Medicai la malata, e feci una fasciatura a doppia spica, che il giorno successivo sostituii con una larga fascia elastica dietro consiglio del prof. Mangiagalli.

Il bambino pesava 3350 gr., era lungo 51 cent. B. p. a 95, Sob. 100, O F. 115, D M. 140; un enorme tumore di parto occupava il parietale sinistro, il sincipite, ed invadeva parzialmente la regione mastoidea.

Il decorso post-operativo fu assai buono; mai rialzi apprezzabili di temperatura, salvo un 37.7 ed un 37.8 in 6.ª e 7.ª giornata nelle ore serotine, legati forse ad una leggiera stomatite. Quantunque le mammelle fossero fornite di buon tessuto ghiandolare, pure non si ebbe accenno a portata lattea; ciò era forse spiegabile col largo uso dell'iodoformio sparso sulla ferita prepubica e sulla ferita delle labbra: le orine difatti dopo qualche giorno presentavano reazione iodica abbondante. Questo fatto della mancante secrezione lattea in seguito alla ricca medicazione iodoformica dei genitali, l'ho osservato più volte, e può avere le sue importanti applicazioni pratiche.

In 7.ª giornata tolsi i punti; coalito perfetto, solo il punto superiore della ferita prepubica aveva ulcerato leggiermente la cute.

Tenni l'ammalata a letto 22 giorni, quantunque già al 15.° avessi constatato la perfetta unione dei due pubi. Nessun disturbo verificai nella deambulazione e nella orinazione, nemmeno tardivamente, avendo avuto occasione di vedere la malata anche pochi giorni or sono.

Da questo caso che ebbe esito felice per la madre e per il bambino, io non voglio assurgere a conclusioni generali ed assolute. Riferirò invece le impressioni che ricevetti praticando questo atto operativo, impressioni che, lo dico subito, furono per me favorevoli, favorevolissime. Invero: mi son fatto il concetto che la sinfisiotomia è operazione abbastanza facile, praticabile anche dal chirurgo non abituato ai gravi cimenti della chirurgia laparotomica, e che, condotta con rigorosa antisepsi, non deve, per sè stessa, dare mortalità materna: mi son fatto il concetto che in stenosi pelviche non gravissime, i diametri della pelvi aumentano in maniera da permettere il passaggio della testa fetale senza pericolo di sorta per la madre: mi son fatto il concetto che procedendo cautamente la lesione della vescica e dell'uretra sono pressochè impossibili: infine mi son fatto il concetto che rapida e solida riesce l'unione delle ossa recise, e che postumi spiacevoli post-operatorii non ne devono derivare all' operata.

Se, come spero, avrò la fortuna di praticare altre sinfisiotomie, e se in queste successive potrò, come son certo, riconfermare i concetti sopraesposti, io sarò condotto a considerare la sinfisiotomia un prezioso presidio terapeutico operativo, una vera operazione umanitaria, destinata ad esentuare l'ostetrico dal commettere quella specie di delitto scientifico, che è la craniotomia su feto vivo, senza perdere di mira l' incolumità della madre, che deve essere garantita colla scrupolosa antisepsi, ed avendo anche riguardo alla sensibilità dolorifica dell' operanda che deve essere cloroformizzata: io sarò condotto ad allargare i limiti della sinfisiotomia, a fare cioè scomparire le incerte e fine risultanze della pelvimetria nel computo delle indicazioni d' una sinfisiotomia, per dar maggior peso al tatto clinico dell' ostetrico, e alle diverse contingenze cliniche. Quando un ostetrico dopo tentativi ben diretti di forcipe non riesce a liberare una donna, nella quale la C. V. sembri anche maggiore di qualche millimetro degli 80 mm., mi sembrerebbe meno grave per la madre e certo più salutare pel bambino la sinfisiotomia, perocchè alle

trazioni forti, esagerate, continuate, suole seguire la morte del feto subito o poco dopo la sua nascita e spesso accade di vedere venire in scena conseguenze prossime o remote gravi per la madre, per lesioni dei tessuti materni, i quali pesti e contusi sono buon *pabulum* alle infezioni, ed esfoliandosi e successivamente cicatrizzando possono dar luogo a deformazione dei genitali con disturbi nella mestruazione e nella concezione.

Sarò condotto inoltre a considerare, nei limiti diametrici concessi alla sinfisiotomia, assai migliore questa del taglio cesareo conservatore, certo più grave come atto operativo, non scevro di disturbi remoti, ed esigente preparativi più grandi, più difficili ad aversi nei casi d'urgenza.

Infine sarò condotto a sostenere la sinfisiotomia anche per un certo orgoglio nazionale; perchè la sinfisiotomia se è vero che è nata in Francia non è meno vero che venne dalla Francia abbandonata, si rifugiò in Italia ove fu allevata, coltivata, sostenuta e portata al grado elevato fra le operazioni ostetriche conservatrici al quale pare sia per giungere in oggi.

Dott. F. LA TORRE
Professore pareggiato in Ostetricia all' Università di Roma.

Mostruosità fetali ed idramnios acuto

RISPOSTA ALLA LETTERA APERTA DEL SIG. DOTT. F. VILLA

Chiarissimo Signor Collega,

Ella mi fa l'onore d'una lettera aperta pubblicata nel N. 10 — ottobre 1892 — di questo giornale, a proposito del mio lavoro sulle mostruosità fetali dal punto di vista diagnostico.

Ella respinge nella sua epistola le obbiezioni che io Le mossi ed io invece le riconfermo.

Da questo punto di vista non vi sarebbe più ragione di continuare la polemica e potrei dire: resti ognuno di noi nella sua opinione, in attesa di nuovi e migliori argomenti per risolvere la questione. Ma siccome Ella mi fece il favore di esporre le ragioni per le quali non accetta le mie idee, così mancherei di cortesia verso un egregio collega, se non facessi altrettanto; mi pregio perciò commentare una per una le sue conclusioni.

1.° *Ella respinge le mie obbiezioni sul suo procento e quello del Bar perchè « non ebbe l' intenzione di calcolare alcun procento. »*

È vero; difatti, Ella non tirò un procento conclusionale, ma mi pare che la questione si riduce a giuoco di parole per cui, permetta che Le chieda: Dicendo, di grazia, « ...poichè il Bar dà la cifra dell' 8 0[0 di mostruosità, risulta esser più frequente l'incontrare di tali pervertimenti nell'idriamnios acuto, giacchè nei 44 casi raccolti si ebbero ad osservare... » 6 mostruosità, non stabilisce già un punto di confronto, una proporzione, un procento?

Ma certamente, egregio Collega; i due punti di confronto devono essere uguali: procento quello di Bar, procento il suo, in caso diverso non potrà giammai esservi confronto esatto e logico. Ella non ha stampato la parola *procento*, ma nella mente sua il calcolo 6 su 44, uguale a 13 1[2 su 100, che diamine, l' ho dovuto fare per confrontarlo con quello

del Bar. Ora, questo suo procento non è esatto. D'altronde più che del procento, io ho analizzata la proporzione da Lei messa e dissi: « La proporzione di 6 alterazioni fetali su 44 casi, come la pone il Villa, non mi pare che sia esatta. » Questa sua proporzione — non se l'abbia a male se glielo ripeto — è sbagliata ed Ella stessa lo conferma scrivendomi che « conviene perfettamente con me che per essere logici bisogna fare il conto prendendo per termine il numero dei feti mostruosi e quello dei sacchi idropici, » come dicevo io, e non quello dei soli feti mostruosi, come Ella aveva fatto. E se può perciò « consolarsi seco stesso perchè in qualsiasi modo si faccia il calcolo, si ottiene sempre dai casi raccolti nel suo lavoro, un procento di feti con mostruosità superiore a quello indicato dal Bar per l'idriamnios cronico (8 0[0), » 11 0[0 come dicevo io, e non 13 1[2 0[0 come Ella supponeva, conferma la mia obbiezione, cioè *che il di Lei procento non è esatto, che la proporzione da Lei messa non è esatta.* Le son grato di tale conferma. Io non pretendo che il suo procento debba essere inferiore o superiore a quello del Bar, non l'ammetto affatto, anzi, ma ho voluto dimostrare che tale quale Ella lo presenta non è esatto.

2.° *Ella respinge la mia obbiezione sul valore del procento del Bar perchè « la procentuale di Bar è perfettamente ammissibile con ogni rigore.* »

Io invece sostengo di no.

Anzitutto, con quale fondamento si può ritenere « che al massimo, 9 dei 489 casi raccolti da Bar non fossero idramnios cronico? « Sol perchè — come Ella dice — « le osservazioni d'idramnios acuto sono rare, onde al Charpentier riuscì di raccoglierne ben poche negli istituti ostetrici di Parigi? »

Questa non gliela meno buona, essendo una sottrazione assolutamente arbitraria, non giustificabile con alcun dato positivo, tanto in meno quanto in più.

D'altra parte qual fondamento di esattezza riconosceva alle osservazioni raccolte dal Bar? Ella stessa mi autorizza a non prestare grande fede alle osservazioni di molti anni addietro. Difatti, Ella scrive: « La soluzione del quesito (se l'inizio del polidramnios preceda tutti gli altri fenomeni....) sta solo nell'esame degli anamnestici e perchè riesca attendibile si richiede che questi siano esattamente indagati e riferiti. *Per vero non credo che si possa avere cieca fede nelle storie cliniche redatte in tempi nei quali non era ancora stata presa in considerazione la differenza esistente fra le due forme d'idramnios* ed avevano credito idee ora affatto abbandonate, e d'altra parte CONFESSO DI NON CONTARE IN MODO ASSOLUTO SULLE OSSERVAZIONI POSTERIORI, PIÙ RECENTI, POICHÈ LE COGNIZIONI DELL'OSTETRICO NON POTEVANO EVITARE LE INESATTEZZE DEL RACCONTO DELLE PAZIENTI. » Ed è in seguito a queste sue convinzioni ed a tale esplicita confessione che io debbo accettare come testi di

Vangelo le osservazioni raccolte dal Bar datate dal 1825 al 1880 e quelle dello Charpentier che cominciano dal 1797 e giù di lì fino al 1880!? di cui alcune, le ho rilette, sono talmente vaghe che occorre una buona dose di auto-suggestione per vedervi la diagnosi di idramnios acuto. No; non presto alcuna fede, nè cieca nè illuminata, giacchè se le osservazioni raccolte non sono buone per un quesito, non lo possono essere per un altro. Credo perfettamente ai casi raccolti dai moderni ostetrici, ma non a quelli registrati nei giornali di un secolo fa e nelle maternità cinquant' anni addietro, quando si sognavano nemmanco di mettere in relazione l' idramnios colle mostruosità fetali nè distinguere le due forme dell' idropisia amniotica.

Resta dunque, secondo il mio debole parere, dimostrata vera la mia obbiezione, cioè « *essere errore prendere per termine di confronto il procento di Bar, il quale scrisse il suo lavoro in epoca in cui non era rigorosamente ammessa la distinzione tra idramnios acuto e cronico, come lo stesso Villa ammette.* »

3.° *Ella respinge il dubbio che espressi sulla esattezza della diagnosi d' idramnios acuto « perchè non ritiene scientificamente e logicamente « accettabili le ragioni per le quali io giudico che in 5 casi d' idramnios « complicato con gravi deformazioni fetali il dubbio confina colla certezza « che si tratta d' idramnios cronico.* »

Qui l' argomento richiederebbe una lunga discussione, ma cercherò d'essere brevissimo.

Ella comincia per dirmi che « se l' autorità di Charpentier venne da me invocata per infirmare la diagnosi di 5 casi, Ella può oppormi che quello di Dils trovasi registrato nella classica memoria dell'ostetrico francese, come appartenente alla forma dell' idropisia amniotica a rapido sviluppo. » Vero, se non chè, dall'epoca in cui lo Charpentier pubblicò la sua classica memoria a quella in cui mi espresse il suo parere, sono trascorsi la bagattella d' una diecina d' anni, ed in questo lasso di tempo la scienza nostra e specialmente l' argomento di cui ci occupiamo, hanno fatto progressi. D' altro canto, il Dils, pubblicò l' osservazione del suo caso nel 1875-76, « in tempi nei quali non era ancora stata presa in considerazione la differenza esistente fra le due forme d' idramnios. »

Difatti, rileggendo attentamente le osservazioni raccolte dallo Charpentier trovo in quella di Dils questa espressione: « La diagnosi d' idramnios non è dubbia, » non altro. Quale idramnios? acuto o cronico? Non ho consultato l'osservazione di Dils in inglese perchè non l' ho, ma dall' insieme delle cose mi parrebbe che sono stati gl' interessati ad intravedere un' idropisia a rapido sviluppo e non Dils che abbia diagnosticato *idramnios cronico.* E se fu Dils che lo disse ho l'onore di dire che la sua diagnosi non è basata su dati rigorosamente esatti. E poi — ripeto il solito argomento — come potrebbe ammettermi una gravidanza arri-

vata fino al settimo mese normale con feto ben conformato e che questo divenga in pochi giorni » *anencefalico con spina bifida* » sol perchè si sia formato un idramnios acuto? Le ossa del cranio, la massa cerebrale a 7 mesi di sviluppo, dove se ne sarebbero ite? e l'apertura della colonna vertebrale, fino allora ben saldata, per quale processo fisio-patologico sarebbe avvenuta? E se vuole ammettere che l'idramnios possa essere non causa, ma accidentalità, come si può concepire una sì profonda alterazione del feto senza disturbare la circolazione e quindi necessario maggiore trasudamento del liquido amniotico?

È ben difficile, chiarissimo Collega, ch'Ella mi spieghi tutto ciò con parole per quanto abilmente dette e perdoni se le esprimo con l'abituale franchezza tutto il mio pensiero.

D'altro canto, al ragionamento ch'Ella fa per conto mio, cioè, essendo chiaro che l'idramnios acuto non può a gravidanza inoltrata essere causa di mostruosità, ma ne deve essere invece l'effetto, « siccome il « sostenere che una gravidanza con feto anencefalico abbia potuto arri- « vare al 7.° mese senza una esagerazione nella secrezione amniotica « pare scientificamente insostenibile, » così ne viene che tutti i casi di idramnios con feto mostruoso sono casi d'idramnios cronico che qualche volta si acutizzò (ciò che non è esatto nel mio concetto, essendo questa deduzione generale, come dirò in seguito), Ella risponde: « Ma poichè nei più noti trattati è chiaramente detto che le gravidanze con feti mostruosi (anancefali compresi) sono *spesse volte* complicate con idramnios (Schroeder) così è che al ragionamento indicato viene a mancare o almeno ad oscillare il perno su cui si aggira e però la deduzione perde di ogni rigore e non può in nessun modo valere come legge assoluta, ma solo come probabilità frequente. »

No, egregio Collega, quel *spesse volte* non fa fare una grinza al ragionamento e non fa oscillare nè punto nè poco il perno su cui s'aggira, anzi lo ribadisce e lo rassicura!

Ecco, avrei creduto che a fatti clinici si opponessero altri fatti clinici, ma Ella — perdoni se glielo dico — a corto di buone ragioni se la cava giurando in *verbo magistri*. Questo modo di discutere non si adatta certamente a Lei, poichè se così fosse, bisognerebbe ch'Ella smettesse di lavorare. A che pro' Ella sudi sui libri, si logori la vita negli Ospedali, faccia pubblicare interessanti ricerche personali se non per affermare o infirmare opinioni ritenute esatte? se non per correggere errori tuttora esistenti nella scienza?

Io accetto una opinione e me ne avvalgo come argomento serio quando è dimostrata esatta e quando non dà addentellato alla critica che mi serve di guida; ho — come è naturale — la più grande stima per lo Schroeder, ma su questo punto, su quel *spesse volte*, non gli accordo grande valore; ed ecco il perchè.

Anzitutto, lo Schroeder non dice « che le gravidanze con feti mostruosi sono spesse volte *complicate* » come Ella scrive, ciò che potrebbe indicare essere l' idramnios indipendente dalla mostruosità, ma solo concomitante accidentalmente e quindi escludere il concetto di causa e d'effetto; ma bensì « il liquido amniotico è spesso abbondantissimo, » frase questa che non pregiudica punto, a me pare, la questione etiologica. Torniamo al *spesse volte*. Ho sott'occhio due edizioni del « Manuale d'Ostetricia » di Schroeder; l'una, 1.ª ediz. francese, traduzione ed annotazione dello Charpentier, sulla 4.ª tedesca, edita dal Masson, Paris 1875, e trovo a pag. 567: *La quantité du liquide amniotique est souvent considérable.* » Questa opinione, in qualsiasi senso voglia prendersi, non deve essere ritenuta come espressa dallo Schroeder nel 1875, ma al 1870, epoca in cui pubblicò la 1.ª ediz. del suo « Manuale, » perchè lo Charpentier traducendolo nel 1875 non fece al testo su questo punto alcuna modificazione nè annotazione. L'altra è la 4.ª ediz. italiana tradotta dal Rocca con annotazioni del Tibone sulla 9.ª ediz. tedesca, edita dal Vallardi nel 1888. Ebbene, anche in questa edizione trovo a pag. 670: *Spesso il liquido amniotico è copiosissimo.*

Come vede, nemmanco qui, nè il chiaro traduttore, nè l'illustre annotatore hanno modificato il testo della 1.ª edizione tedesca. Nè modificazione di sorta esiste nella 1.ª traduzione italiana, come Ella annota, pubblicata nel 1883.

Lo Schroeder scrisse pure la sua opinione nel 1870, e può essa, per quanto noto trattato sia quello dello Schroeder, prendersi oggi come opinione rigorosamente esatta?

Non mi pare, tanto più quando rifletto che il Calderini scrivendo nel 1882 la sua ben nota memoria dice che « non era stata segnalata fino allora, e lui conosceva bene Schroeder, l'importanza dell'idramnios per la diagnosi delle mostruosità fetali. » Difatti coloro che hanno scritto dell'idramnios dal punto di vista clinico, hanno annoverato tutti gli accidenti che possono capitare sia nel corso della gravidanza come davanti il parto e dopo, « *ma nessuno di questi autori ho segnalato l' esistenza probabile d' un mostro fetale.* » Quindi nel 1870 non si pensava punto generalmente che l'idramnios potesse essere sintoma più o meno costante e necessario della mostruosità. Fu per questo che raccogliendo lo Schroeder l'opinione comune scrisse nel suo trattato quel da Lei invocato *spesso il liquido amniotico è copiosissimo;* oggi certo avrebbe scritto diversamente.

Ritorni per uno istante sopra una sua deduzione.

Ella dicendo: « .... *così ne viene che tutti i casi d'idramnios con feto mostruoso sono casi d'idramnios cronico che qualche volta si acutizzò* » non esprime colla dovuta precisione il mio pensiero, poichè dà al concetto una estensione che varca i limiti da me assegnati; avrebbe dovuto generalizzare meno; così, p. e., avrebbe dovuto dire: « ... con

feto le cui mostruosità alterano profondamente la circolazione sanguigna. » Ella ne comprende benissimo la portata; dapoichè, io ammetto che vi possano essere feti mostruosi senza associazione d'idramnios, anzi senza liquido amniotico affatto, ed Ella la sa perchè ne abbiamo discorso insieme.

Tutto questo io l'ho stampato in fine al mio lavoro, pag. 640, ove dico: « È l'alterazione, l'ostacolo quindi pel conseguente disturbo circolatorio, che produce l'idramnios e non viceversa. Che sia precisamente così troviamo la conferma nel fatto che nelle semplici anomalie teratologiche, come la polidactilia, il labbro leporino, ecc., che non alterano o pochissimo la circolazione generale e non in modo profondo la locale, l'idropisia dell'uovo non è conseguenza necessaria, anzi possono trovarsi in condizioni diametralmente opposte, colla mancanza assoluta, cioè, di liquido amniotico come nei casi di oligoidramnios pubblicati dallo Charpentier, Bar e La Torre. »

La di Lei deduzione perciò e consecutive riflessioni andando dal particolare al generale non sono conseguenza logica delle mie idee e quindi non posso accettarle e rimane fermo invece la mia obbiezione.

***

Con tutto questo non ho voluto fare altro che solamente dimostrare quale valore abbiamo le di Lei obbiezioni e per quale ragioni scrissi nel mio lavoro le poche considerazioni sulla di Lei pregiata memoria.

« La science réelle, » dice Joulin, « ne vit pas de suppositions, mais de faits bien observés. » I fatti raccolti fino ad oggi non presentano le garanzie volute, bisogna fare *tabula rasa* e raccogliere fatti nuovi bene osservati. Ella ne ha già 3, continui a raccoglierne Ella personalmente dal punto di vista della scienza moderna, per fare una buona statistica, ciò che farò anch'io; allora soltanto potrà con fondamento vedersi chi avrà di noi due ragione o torto.

A proposito, guardi un po' effetto del caso, ciò che ci capita. Ella ha già 3 osservazioni d'idramnios acuto in donne con gravidanze gemellari e sopra 6 feti non incontrò alcuna mostruosità; io ho pure 4 osservazioni d'idramnios ma cronico, in donne di cui una con gravidanza gemellare, ma sopra 5 feti, 4 sono mostruosi! Ben lungi da me la più benchè minima idea di volere con ciò istituire un confronto; cenno il fatto per ora come semplice fenomeno.

Non credo che esistono tutti gli elementi per risolvere la questione, lasciamo quindi aperta la polemica, se lo vuole, e piuttosto che continuarla a parole, ciò che potrebbe renderla infruttuosa, continuiamo le nostre ricerche; poichè sarebbe un fatto importantissimo quello di poter

diagnosticare l'esistenza d'una mostruosità durante la gravidanza pel fatto, tra gli altri, della presenza d'un idramnios; così mi scriveva l'illustre prof. Dareste. Io, tale coincidenza l'ho vista parecchie volte e d'una maniera non dubbia; i fatti dunque esistono, bisogna cercarli per moltiplicarli. Trovati i fatti bisognerebbe spiegare il rapporto etiologico tra mostruosità ed idramnios. Su questo punto per ora noi non ci possiamo intendere, giacchè, mentre Ella inclina a credere ad una *pura concomitanza accidentale* di mostruosità con idropisia a rapido sviluppo, io parlo di *causalità*. Del resto io son sempre a sua disposizione nel caso volesse addurmi, in sostegno della sua tesi, nuovi argomenti.

Prendo intanto con piacere l'occasione per riaffermarle i sensi della mia alta considerazione e stima e mi dico

Di Lei devotissimo collega
Dott. F. La Torre.

BIBLIOGRAFIA

Tubo-peritoneal ectopic gestation by J. Clarence Webster, B. A., M. D., M. R. C. P. Ed., Assist. nella Clinica Ostetr. della Univ. di Edinburgo. — Edin. and London. Young J. Pentland, 1892.

Credo, senza dubbio, di far cosa grata ai lettori di questo giornale riassumendo le conclusioni di una interessante monografia, che J. Clarence Webster di Edinburgo ha recentissimamente pubblicato.

Questa splendida monografia dà dettagliato resoconto di una varietà di gestazione ectopica non ancora prima descritta, alla quale l'A. propone di dare il nome di tubo-peritoneale, porzione di essa essendosi sviluppata extraperitonealmente nella tromba di Falloppio e la rimanente parte nella cavità peritoneale. Trattavasi di una primipara a 33 anni, la quale accusava dolore al fianco sinistro ed al quadrante inferiore dell'addome, ed una intumescenza a sinistra della linea mediana, notata nel luglio 1889. Durante le due settimane precedenti all'ammissione dell'inferma nell'ospedale fu notato un accentuato accrescimento dell'intumescenza; movimenti fetali erano stati avvertiti pochi giorni prima dell'ammissione. Nessuna malattia precedente d'importanza speciale, mestruò sempre irregolarmente ed in giugno 1889 avea avuto la prima mancanza; nel luglio seguente si ebbe una piccola perdita di sangue dai genitali che durò per cinque minuti, che si ripetè nel

mese di agosto. In settembre, ottobre, novembre e dicembre fu amenorroica, ma verso la fine di gennaio 1890 si ebbe di nuovo una piccola perdita di sangue. Fu ricevuta in clinica l'11 febbraio 1890; l'addome era assai disteso al livello dell'ombellico, misurava 45 pollici; l'ombellico era prominente, non vi erano traccie di pigmentazione, nè poteano essere avvertiti movimenti fetali. Si sentiva una fluttuazione in tutto l'addome, alla palpazione si percepiva una massa dura nella fossa iliaca destra alquanto mobile, ed all'ascoltazione al primo esame non poterono essere avvertiti i battiti fetali, ma un intenso soffio in ciascuna regione iliaca. In seguito praticato un esame bimanuale la cervice era al suo livello normale, molle, liscia, slargata e non accorciata. Il canale cervicale facilmente permetteva l'entrata del polpastrello. L'utero era antiverso, ma spostato lateralmente verso destra, misurava 4 pollici, nessuna parte fetale potè essere palpata. Il dì seguente insorsero forti dolori simiglianti a quelli del primo stadio del parto, l'utero contraevasi durante i medesimi ed il canale cervicale essendo quasi aperto potè constatarsi col dito che l'utero era vuoto; furono raschiate le pareti uterine ed esaminati i piccoli frammenti dal dott. Woodhead; erano costituiti da un tessuto deciduale tipico. Praticossi la laparotomia il giorno 15; fatta l'incisione delle pareti addominali furono trovate numerose aderenze facilmente lacerabili anteriormente, ma assai tenaci all'indietro tra il sacco contenente il feto ed il fondo ed i lati della pelvi. Incisa la parete anteriore del sacco vennero fuori circa 25 *pints* di liquido giallo verdastro grumoso, non vischioso; fu trovato un nodo nel cordone ed il feto morto giacente nella fossa iliaca destra coll'occipite all'indietro e l'estremo podalico nell'ipocondrio sinistro. Esso aderiva alla parete del sacco in vari punti, specialmente nel pericranio. Tolto il feto fu esaminato il sacco, la cui natura era difficile a determinarsi; la placenta giaceva nella metà sinistra della pelvi, essa non fu toccata. Lavato il sacco e la cavità peritoneale con una soluzione antisettica, fu suturata la parete di quello alla incisione addominale, lasciando un'apertura centrale attraverso la quale passava il cordone; la cavita cistica fu tamponata con garza iodoformica. L'inferma soccombette il dì seguente.

L'A. fece uno studio accuratissimo del caso mediante sezioni congelate e microscopiche, ed ecco in breve le conclusioni: *a*) esistevano due sacchi, uno dei quali conteneva il feto, l'altro la placenta: il 1.° era costituito dalla cavità peritoneale al di dietro dello stomaco, del colon transverso e del grande omento; il 2.° sacco era formato dalla tromba sinistra enormemente dilatata, giacente in fronte all'utero ed estendentesi in alto dalla tasca utero-vescicale alla quarta vertebra lombare. Sebbene distinti l'uno dall'altro, essi erano connessi per mezzo del cordone ombellicale e dell'amnios: questo rivestiva il sacco primario o tubale. Il cordone anch'esso, la cui estremità fetale giaceva libera nel sacco secondario o peritoneale, passava nel sacco tubale; *b*) l'ovaio sinistro si rinvenne facilmente,

essendo aderente alla parete posteriore del sacco primario; *c*) il legamento largo di sinistra avea lo stesso spessore di quello di destra. Il foglietto anteriore di esso in larga estensione aderente al sacco placentare, che giace in corrispondenza di esso e del ligamento rotondo dello stesso lato; *d*) l'utero era conformato in modo da non destar sospetto di una gravidanza in uno dei corni. Prima dell'operazione esso era ricacciato a destra; in seguito alla distensione del sacco placentare per l'emorragia consecutiva l'utero fu spinto a sinistra. L'A. si domanda, dopo avere accennato ai criterî dati da Otto Küstner per differenziare una gravidanza tubarica divenuta intraligamentosa da un'altra che non lo divenne, di che cosa trattavasi nel caso suo speciale. Che l'uovo cominciò a svilupparsi nella tuba sinistra non vi è dubbio; assai presto la tuba gravida si rovesciò in avanti in corrispondenza del ligamento largo di sinistra, dove essa continuò a crescere. In un dato periodo, a noi completamente ignoto, la parete del sacco (possibilmente nella sua parte superiore e posteriore) divenne così sottile che si ruppe, permettendo al feto di uscirne portando seco l'amnios integro. Non è possibile dire se porzione di tessuto coriale fu trasportato nella cavità peritoneale insieme all' amnios. Lo strato subamniotico nella parete del sacco secondario è costituito da tessuto fibroso ben formato, in alcune parti assai stipato, in altre lasso, permettendo all' amnios di piegarsi, come accade durante il parto normale. Può darsi pure che non avvenne rottura, ma che l'estremo fimbriato della tromba si sia gradualmente slargato permettendo al feto di attraversarlo. Küstner ha osservato l'estremo fimbriato della tromba affetta disposto in tre vari modi: o aderente alla parete della pelvi per peritonite, o libero sporgente dalla superficie del sacco di gestazione, ovvero dilatato per la pressione dell'uovo. Ad ogni modo è accertato, come in un caso descritto da Sir William Turner, di rottura di un corno (gravido a tre mesi) di un utero bicorne, che il feto può venir fuori coperto dalle membrane integre. Nel caso dell'A. l'amnios divenne aderente al peritoneo circostante, e lo strato sub-endoteliale divenne spesso e fibroso, formando così un secondario sacco al feto sviluppantesi. Il liquido amniotico continuò a svilupparsi tanto da aversi negli ultimi mesi un idramnios.

L'A. passa in rivista la letteratura della gravidanza ectopica e non ha trovato descrizione di un caso simile. Dice che Küstner, sebbene non fosse ancora dimostrato, aveva accennato alla possibilità di occorrere simile varietà, che chiama tubo-addominale, parola usata da molti scrittori per un'altra varietà, in cui cioè l' uovo si sviluppa in un sacco formato dall'estremo esterno della tromba e dal vicino peritoneo. Recentissimamente Berry Hart l'ha accennato come una forma soltanto probabile. Lawson Tait e Strahan la negano assolutamente. Tait asserisce che una gravidanza tubaria si rompe alla quattordicesima settimana, o prima, e che allora si può avere una gestazione nel ligamento largo (extraperitoneale), ovvero

nella cavità addominale (intraperitoneale), « *uniformemente fatale, a meno che non s' intervenga colla laparotomia* » in primo tempo per emorragia ed in secondo per suppurazione del sacco e peritonite. Altrove egli dice che è soltanto quella forma che si rompe dalla tuba nel ligamento largo, che può dar luogo ai casi di gravidanza addominale per rottura secondaria del sacco, ed altrove infine che l'uovo può sopravvivere al processo di rottura solo in quei casi, in cui la tuba si rompe nella cavità del ligamento largo. L'A. passa quindi in rassegna i casi di Bandl, Jessop e Champneys, che possono considerarsi come di gestazioni tubarie, tubo-ovariche, o sub-peritoneo-pelviche. Il caso di Walther menzionato da Charpentier ed in cui dopo la rottura di una gravidanza ovarica il feto si sviluppò per quattro mesi in mezzo ai visceri addominali e fu trovato alla fine della gestazione libero e senza sacco, come al tempo della sua uscita dall' ovaio, è assai discutibile.

L'A. s' intrattiene a parlare dei fatti clinici e delle lesioni trovate dopo l'operazione. Quanto ai primi accenna all'ingrossamento dell'utero, che Bandl afferma essere tanto maggiore quanto più vicino ad esso è lo sviluppo dell' uovo; (nel caso speciale esso era lungo quattro pollici), alla formazione nella cavità uterina di un tessuto deciduale ben formato e non mostrante traccie di atrofia, come vorrebbe sostenere Charpentier avvenga a gravidanza estrauterina inoltrata. Il tessuto deciduale si estendeva sino all'estremo uterino della tromba sinistra. È degno di speciale interesse la concomitanza dell' idramnios: l'A. trovò solo una volta menzione del suo occorrere nella gravidanza estrauterina: la causa ci è sconosciuta; ma egli l'associa alla grande estensione della membrana amniotica limitante il sacco che conteneva il feto, estensione assai superiore a quella della superficie interna di un utero gravido a termine. È degno di nota che i segni ed i sintomi furono uguali a quelli che si osservano nei casi d' idramnios di gravidanza uterina.

Le lesioni post-operatorie riguardavano la cavità primitiva (*primary gestationsac*) che conteneva la placenta. La cavità pelvica è occupata da una massa che non esisteva durante l'operazione, allora la placenta occupava il lato sinistro della pelvi estendendosi circa tre pollici al di sopra dello stretto, l'utero essendo spinto sul lato destro della pelvi. Questo è ora ricacciato indietro e contro il lato sinistro, mentre in fronte ad esso ed a destra si nota una massa rosso-nerastra occupante la pelvi sin sopra allo stretto. Questa massa non è nel sacco secondario, nè nella cavità peritoneale, ma interamente nel sacco primitivo; essa è costituita dalla placenta e da grumi. Per comprendere come il sacco placentare (parete tubarica) fosse suscettibile di tale notevole distinzione l'A. richiama la previa sfuggita del feto dalla tuba. Quando questa avvenne, una porzione considerevole della parete del sacco rimase flaccida, e dovette essere stata spinta contro la placenta e forse

le superfici amniotiche aderirono. Non si può ora trovar traccia di amnios dentro il sacco primitivo, nè rintracciarvi il cordone. La causa di questa grande emorragia devesi probabilmente ad un cambiamento di pressione in seguito alla rimozione di quella grande quantità di liquido amniotico contenuto nel sacco secondario. Quanto alla sorgente della emorragia può ammettersi un afflusso di sangue nella porzione materna della placenta, ovvero la rottura dei seni a pareti sottili della parete interna della tuba. Le varie sezioni congelate dimostrarono che la vescica era in tal guisa compressa dalla massa, che appena una leggiera dilatazione della cavità fu possibile, e ciò insieme alla pressione esercitata sull'uretra e sugli ureteri spiega il passaggio di sì poca quantità di urina, e forse i sintomi susseguenti dell'avvelenamento uremico.

La monografia del Webster in formato elegante, ricca di ben undici Tavole in cromo-litografia e fototipia, è dedicata al prof. A. R. Simpson ed ai membri del Royal College of Physicians of Edinburgh, come attestato di gratitudine per le agevolazioni ed il generoso aiuto avuto nel laboratorio. Nello stesso laboratorio egli ha compiuto altre interessanti ricerche anatomiche pubblicate or ora in un altro splendido volume ricco di 26 Tavole in cromo-litografia; ma di questo intendo fare in seguito un'altra rivista.

Dott. G. Emilio Curatulo
Professore pareggiato di Ostetricia e Ginecologia
nella R. Università di Roma.

NOTIZIE

È con viva compiacenza che annunciamo come il prof. Chiara, completamente ristabilito in salute, sia stato richiamato in attività di servizio e restituito a quella cattedra che aveva già tanto illustrato.

Ci scrivono e pubblichiamo:

Firenze, 28 gennaio 1893.

On. Direzione degli *Annali di Ostetricia e Ginecologia.*

Il dì 26 corrente il prof. Domenico Chiara inaugurava in questo R. Istituto ostetrico e ginecologico il suo corso clinico di ostetricia e ginecologia. L'uditorio numerosissimo e sceltissimo accolse il ritorno dell'amato e simpatico Professore all'insegnamento attivo con fragorosi applausi.

Il Chiara partendosi da un fatto clinico occorso circa 26 anni or sono ad un

giovane medico condotto di una borgata dell'alta Italia, prese le mosse per illustrare e ostetricamente e giuridicamente una parte dell'ostetricia sulla quale i libri di testo tacciono quasi completamente. Ed ecco in poche parole il fatto: Chiamato il giovine medico, di cui sopra, ad assistere una donna in soprapparto con presentazione di spalla, avendo ripetutamente ma invano tentato il rivolgimento, si decide a fare e fa il taglio cesareo; dopo circa 10 ore la madre era morta. Di lì a pochi giorni, per maligne insinuazioni di alcuni sul giovane esercente, grava l'accusa di omicidio per ignoranza. Se ne occupa l'autorità giudiziaria, fino al punto di ordinare una esumazione, la quale per fortuna però non fu fatta, e questo per intervento di un illustre clinico, che dichiarò essere ridicola una esumazione dopo un mese dalla morte, poichè l'operatore potrebbe addurre a sua difesa il fatto che fu costretto a fare il taglio cesareo per l'esistenza di un tumore passato nella pelvi che impediva il rivolgimento, tumore però del quale non si avrebbe più traccia un mese dopo la morte della donna.

Confrontando il prof. Chiara questo fatto di taglio cesareo per presentazione di spalla occorso in Italia, e che minacciava esiti sì funesti per chi l'aveva eseguito, col fatto che agli Stati Uniti fino dal 1879 il prof. Harris di Filadelfia gli mandava una statistica di 12 tagli cesarei eseguiti per presentazione della spalla con 6 esiti felici per la madre e diversi bambini salvati, si domanda quale deve essere la nostra condotta ostetrica in Italia in casi consimili e quale specialmente la condotta di un medico che non abbia istrumentario sufficiente per una embriotomia o che non si sente di fare questa a feto vivo o a feto morto? E non sarebbe bene stabilire con leggi o norme scientifiche la condotta da tenersi, e dalla parte della legge lasciare piena libertà di coscienza e di azione al medico? Questo è quanto il Chiara svolgerà nelle venture lezioni.

XI Congresso Medico Internazionale — Roma, 14 sett.-1 ott. 1893. — Alcuni farmacisti così dell'estero come d'Italia ebbero, specialmente in questi ultimi tempi, a rivolgersi alla Presidenza per chiederle se avrebbero potuto partecipare ai lavori del Congresso Medico Internazionale, che si inaugurerà in Roma il 24 settembre del corrente anno.

La Presidenza ha l'onore di comunicare a tutti gli interessati che, a norma degli art. 3 e 17 del regolamento generale, i signori farmacisti che ne facciano richiesta verranno iscritti al Congresso medesimo, nel quale una sezione apposita è destinata alla farmacologia, e il cui Comitato Ordinatore è composto delle personalità più spiccate che la specialità vanta in Italia.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XV. Febbraio 1893. Num. 2.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

METRORRAGIE
DA PLACENTA PREVIA

PEL
Dott. GIUSEPPE RAINERI
Libero Docente di Ostetricia nella R. Università di Torino,
Chirurgo-Ostetrico della Maternità di Vercelli.

TESI DI LIBERA DOCENZA

-5 MAR 93
LIBRARY

INTRODUZIONE.

Chi tratta l'argomento della *Placenta previa* ricorre volontieri, per metterne subito in evidenza l'importanza all'affermazione di Naegele che ritiene *l'inserzione viziosa della placenta fra gli errori più funesti della natura.*

L'emorragia, sintomo precipuo di tale complicazione nello stato puerperale della donna, di tanto rilievo che si confonde colla malattia medesima, è davvero per sè stessa, sia per l'abbondanza, sia per la tendenza alle ripetizioni, sia talora per la persistenza nonostante cure adatte, in causa dei pericoli che ad un tempo pendono su due vite, di straordinaria gravità.

E non solo questi pericoli immediati, ma ancora quelli, diremo così, mediati che a madre e feto possono derivare per le condizioni di anemia create alla donna, per l'andamento della gravidanza, del parto e del puerperio vengono a gettare una luce sinistra sul brutto quadro.

I. Simpson (che ha però una statistica la più sconfortante, in rapporto col suo metodo di cura) era arrivato al punto di mettere a confronto in un sol specchietto i disastri causati dalle epidemie che

maggiormente pesarono sul nostro secolo colla spaventevole mortalità, collegata colla affezione di cui ci occupiamo.

A parte queste esagerazioni e l'ottimismo di Depaul, secondo il quale neppure un'ammalata dovrebbe soccombere pel fatto dell' emorragia, in un giusto *medium* l'argomento conserva tutta la sua importanza; ostetrici di ogni tempo lo hanno studiato; ma neppure ai giorni nostri, nonostante il valido aiuto fornito all'ostetricia dalle branche sorelle della medicina, si è riusciti a portare sufficiente luce nell'oscurità dalla quale è tuttora in gran parte avvolto. Alcuni punti che vi si riferiscono, come per ciò che riflette specialmente il modo di produzione della perdita, l' etiologia, ecc. sono tuttora diversamente interpretati; quanto all'intervento non vi ha forse parte dell'ostetricia in cui i metodi curativi siano tanto numerosi e varii.

Per renderci piana la via a svolgere il tema, anche per amore di ordine, fa mestieri dividere la trattazione in capitoli.

Dato uno sguardo alla *storia della placenta previa*, ci occuperemo del *meccanismo di produzione della emorragia,* della *etiologia*, della *frequenza* e del *pronostico*, dei *caratteri anatomici* e della *diagnosi* ed infine del *trattamento.*

Alcune di queste parti furono già per sè stesse oggetto di tesi lunghe ed elaborate; il nostro si ridurrà pertanto ad un lavoro sintetico, che tenteremo di rendere, per quanto ci sarà possibile, completo.

Fin di qui intanto, per intenderci dal bel principio, mandiamo innanzi una premessa.

Paul Bitot (1), parlando di questa anomalia nella sede della placenta, ci tiene ad indicarla sotto la frase di « inserzione viziosa » che crede risponda meglio al fatto, che non coll' appellativo di « placenta previa » usato di preferenza in Inghilterra, in Francia ed in Italia.

Per abitudine comune ormai invalsa ci varremo indifferentemente dell'una o dell'altra dizione, intesi, che diremo la *placenta previa* o posta in *sede viziosa* quando, per dirla colle parole di un ostetrico francese, l'Auvard (2) si trova inserita in un punto qualunque della via uterina, che il feto

---

(1) P. Bitot. « Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de l'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta. » Paris, 1880, pag. 8.

(2) Auvard. « De la conduite à tenir dans les cases de placenta praevia, » pag. 1.

deve percorrere per arrivare al di fuori dei genitali esterni. In generale, per precisare bene i termini, valendoci della classica figura di Barnes, intenderemo ancora per *previa* o *inserita anormalmente* quella placenta che si impianta sulla porzione di utero che è a circa 7 1[2 cent. dall'orifizio uterino interno, ossia al di sotto della linea di Barnes, che segna il cerchio polare inferiore.

E così ci siamo ancora aperta la strada per accennare alle varietà di placenta e accordarci sulle medesime.

Considereremo secondo Schroeder due varietà, cioè: la *centrale o completa* e la *laterale o marginale;* classificazione che abbiamo vista adottata anche dal nostro Cuzzi nel suo « Trattato per le levatrici » (vedi pag. 279), chiamando *centrale* quella in cui tutto l'orifizio interno a dilatazione *quasi completa*, come nel concetto di Winckel, o *sufficiente* come vogliono altri, viene ad essere occupato dalla placenta (altri, l'Auvard ad esempio, fa di questa due distinzioni: *centrale propriamente detta*, quella in cui si corrispondono centro a centro placenta ed orifizio interno, e *centrale parziale* quella in cui l'orifizio interno è occupato da un lembo di placenta); *laterale* o *marginale* quella che ha inserzione in basso e con un bordo soltanto viene sull'area o nelle vicinanze dell'orifizio uterino interno (placenta *marginale* e *laterale* di Auvard e anche di molti autori tedeschi).

Questa distinzione risponde assai bene alla realtà delle cose dal lato clinico per rispetto al modo di produzione della perdita sanguigna; il trattamento terapeutico è guidato ancora secondo questi due grandi concetti, sui quali viene variamente formulato il pronostico.

Basandosi press'a poco sugli stessi criteri, Pestalozza nel suo articolo « Placenta » nell' *Enciclopedia Vallardi* (vedi estratto pag. 37), in presenza di divisioni arbitrarie e di più arbitrarie nomenclature, reputa opportuno sia conservata una distinzione, possibilmente la più semplice; mentre Zweifel, citato da lui, consiglia addirittura l'abbandono delle metodiche graduazioni e suggerisce di limitarsi a descrivere quale sia nei singoli casi la dilatazione della bocca uterina al momento dell'esplorazione, quale l'estensione del tessuto placentare che la ricopre, da qual lato si raggiunga il margine della placenta e delle membrane.

Anche Pestalozza convenendo nell' accennata distinzione parla di placente che ricoprono tutto l'orifizio uterino, *centrali*, e di placente che

occupano solo un lato del segmento inferiore, con diversa importanza clinica quanto più la placenta si avvicina all'orifizio uterino interno; e ben osserva, che l'appellativo di *centrale* si debba riferire a una data dilatazione dell' orifizio uterino, potendo una placenta in un momento *centrale* apparire, a dilatazione più avanzata, *marginale.*

Quest' ordine di idee va raccogliendo anche l' approvazione degli ostetrici francesi. In un libro infatti uscito recentissimamente (1) con Pinard è accolta questa divisione: 1.° La placenta è inserita nel segmento inferiore più o meno vicino all'orifizio uterino, ma non lo ricopre: 2.° La placenta ricopre l'orifizio uterino in parte o in totalità.

Secondo la definizione che abbiamo dato dovremmo dire anche delle inserzioni *cervicali*, la prima volta accennate già nella classificazione di Mad. La Chapelle e delle inserzioni *vaginali.*

L'esistenza della inserzione previa della placenta sulla parete *vaginale* che si sarebbe constatata in due casi riferiti a Noël nel 1779 (2) e a Wisberg da Dugés nel suo « Manuel d'Obstétrique » (3) secondo Auvard (4) non è dimostrata.

Delle inserzioni cervicali Auvard fa quattro distinzioni:

1.° Impianto primitivo dell'uovo nella cavità del collo ove si sviluppa senza penetrare in quella del corpo (5).

2.° L'uovo inserto primitivamente nella cavità del corpo dell'utero manda un prolungamento nella cavità del collo contraendovi aderenze (6).

3.° La placenta s' inserisce sola parzialmente verso la porta superiore del collo e tutto il resto dell'uovo è nella cavità uterina (7).

4.° L'uovo inserito primitivamente nella cavità del corpo manda un prolungamento nella cavità del collo, ma senza incontrarvi aderenze (8).

---

(1) Maurice Jouve. « D'un nouveau traitement de l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta, » pag. 11, Paris, Ollier-Henry, éditeur, 1892.

(2) Noël. *Journal de Médecine,* pag. 55.

(3) Dugés. Montpellier, 1840, pag. 136.

(4) Loco citato, pag. 13.

(5) Casi di Chavanne, *Gazette des Hôpitaux,* 1862, pag. 526, e di Paiusco, 1880, riportati nella Memoria di Thevenot, pag. 9.

(6) Casi di Sackreuter, di Mettenkeimer, di Kepper riportati nella Memoria Thevenot, pag. 6-9-11.

(7) Osservazioni di La Chapelle, di Pinard, Tarnier, nella citata memoria di Thevenot.

(8) Osservazioni di Rokitanscki e di Seulein nella detta memoria.

Di tutte queste varietà però, dopo un breve esame analitico, Auvard così conchiude:

La gravidanza cervicale primitiva non oltrepassa il terzo mese e perciò entra nella categoria degli aborti.

Delle due qualità di gravidanza cervicale secondaria, l'una non è che uno stadio dell'aborto. Solo potrebbe interessare l'inserzione cervicale primitiva, sebbene l'interesse di questa anomalia appaia più teorico che pratico; perchè fin qui nessuna condotta speciale applicata a questo caso è stata esposta.

Il trattamento (sul quale si svolge il lavoro di Auvard), è lo stesso che quello della placenta previa ordinaria.

Per parte nostra, sottoscrivendo alle conclusioni premesse, ci pare che l'ultimo caso possa per tutto venire conglobato coi casi di placenta previa centrale.

CENNI STORICI.

Fare la storia dettagliata, avuto riguardo all'enorme cumulo di lavori degli ultimi anni, sarebbe uscire dai confini che ci siamo proposti nella trattazione del nostro lavoro di insieme. Vi accenneremo secondo il titolo, semplicemente, anche per la ragione che svolgendo le diverse parti, indirettamente avremo occasione di colmare parecchie lacune, evitando ad un tempo inutili ripetizioni.

Abbiamo attinte le notizie per una gran parte in Pluyette (1), il cui lavoro per la parte bibliografica fino al 1883 viene generalmente indicato tra i più interessanti. Importanti dati ci hanno fornito anche Corradi (2), le pubblicazioni di Müller (3), di Auvard, di Bitot, i trattati di Schroeder, Barnes, Charpentier e una quantità di memorie che abbiamo dovuto consultare direttamente.

Pare che l'inserzione previa sia per primo accennata in Ambrogio

---

(1) A. Pluyette. « Aperçu historique sur l'insertion vicieuse du placenta. » Paris, 1883. Parent.

(2) Corradi. « Storia dell'ostet. in Italia dalla metà del secolo scorso fino al presente. » Bologna, 1874.

(3) Müller. « Placenta praevia. Die vorliegende Nachgeburt Jhre Entwicklüng und Behandlung. » Stuttgart, 1877.

Pareo (1) non nel senso che abbia conosciuto l'impianto sul segmento inferiore, ma alla possibilità col suo *filius ante patrem* che la placenta vi si trovi con grande pericolo della partoriente che consigliava di « Abbandonare alle cure della natura, raccomandando la sua anima a Dio. » A Pareo, secondo Guillemeau (2), spetterebbe la pratica del parto forzato. Questi infatti a metà circa del XVII secolo aveva già compreso che una gran parte di emorragie della gravidanza erano riferibili al fatto della *presentazione della placenta;* consigliava un intervento pronto nell'estrazione rapida del feto, ed ebbe occasione d'intraprendere il parto forzato su Mad.e Simon, la figlia di Pareo, suo maestro, dal quale asserisce di averlo appreso. Alle presentazioni placentari accenna pure Cosme Viardel rilevandone l'importanza e la gravità specialmente pel feto (3).

Per consenso generale però la cognizione dell'*inserzione* della placenta sul contorno dell'orifizio uterino risale a Paolo Portal (4), che la descrisse cercando di spiegare anche la causa di produzione della emorragia, contro la quale consigliava di intervenire *scollando la placenta, rompendo le membrane in alto, praticando la versione.* Ph. Peu (5), quasi contemporaneamente diresse il suo studio di preferenza alla sintomatologia e ai criteri diagnostici; appoggiò la pratica del parto forzato *sempre* e *malgrado tutto*, sconsigliando tuttavia le violenze sul collo uterino.

Francesco Mauriceau (6) spinto ad approfondire lo studio sull'argomento da un disastro toccatogli in famiglia — la morte per emorragia in gravidanza di una sua sorella — dedicò tutto un capitolo a questa complicazione originata dalla placenta, la quale verrebbe sull'orificio uterino per un meccanesimo speciale spiegato da lui: suppose cioè una brevità del cordone o naturale o consecutiva a circolari; la placenta

---

(1) A. Paré. « Oeuvres de la génération de l'homme. » Paris, 1573.

(2) Guillemeau. « Les œuvres de chirurgie. » Rouen, 1649.

(3) Viardel. « Observat. sur la pratique des accouch. naturels, contre nature et monstrueux. » Paris, 1671.

(4) P. Portal. « La pratique de l'accouchement soutenue d'un grand nombre d'observations. » Paris, 1615.

(5) Ph. Peu. « La pratique des accouch. » Paris, 1694.

(6) Mauriceau. « Observat. sur la grossesse et l'accouch. des femmes. » Paris, 1695.

per trazioni ripetute, esercitate dai movimenti del feto, scollandosi lentamente, verrebbe trascinata per scivolamento inevitabile in basso.

È preziosa l'osservazione di Mauriceau della cessazione dell'emorragia talora appena scolate le acque. Conformemente a Portal consigliava la versione.

Deventer (1) non conobbe pur egli la inserzione della placenta; anzichè di aderenze, quando si presenta prima, parlò di coaguli sanguigni che davano l'aspetto di vere escrescenze. Si mostrò partigiano del parto forzato che egli faceva, o rompendo le membrane o perforando la placenta acciocchè uscito il liquido e l'utero contraendosi, si chiudessero i vasi. Se non si presentava il vertice, si appigliava alla versione.

In mezzo a questa discordanza di idee e a diversa interpretazione di fatti per parte degli ostetrici francesi ed inglesi, sorse la prova irrefutabile della *inserzione previa* portata innanzi nel 1709 da Policarpo Sckacher, professore a Lipsia, e sostenuta nella tesi inaugurale di Giacomo Seiler (2) suo allievo. Sckacher sezionando una donna incinta che aveva soccombuto ad un'emorragia uterina, riscontrò la placenta impiantata sulla parte bassa dell'utero, dove vi aveva certamente preso posto fin dal principio della gravidanza, perchè non era scollata; nè si potè, senza qualche sforzo staccarla dalla matrice cui strettamente aderiva.

Dal 1709 l'impianto è dunque provato incontestabilmente e se la conoscenza del fatto non si è sparsa dovunque, scrive Pluyette, se alcuni pratici lo ignoreranno ancora *per alcuni anni,* dipende da ciò, che i mezzi di diffusione scientifica a quest'epoca non erano ancora come quelli del giorno d'oggi: non esisteva la stampa medica per generalizzare le innovazioni, non si avevano come ai giorni nostri numerose traduzioni atte a portare al di là delle frontiere le scoperte della scienza (3). Il dubbio regnerà tuttavia talora ed i lavori, che ne saranno la conseguenza, si faranno più numerosi.

Per queste difficoltà specialmente nessuna meraviglia che gli oste-

---

(1) DEVENTER. « Observat. imp. sur le manuel des accouch. » Londres, 1701. Traduit par Brujer d'Ablaincourt an. 1734.

(2) J. SEILERUS. « Dis. inaug. de placenta ut. morbis. » Lipsiae, 1709.

(3) Loco cit., pag. 16 e 17.

trici si trovassero divisi seguendo due indirizzi diversi, secondo gli insegnamenti di Portal e di Sckacher gli uni, di Mauriceau gli altri. In Germania le idee di Seiler trovarono nuovi sostenitori in Helvetius Brunner (1730) ed in I. A. Friderici di Amburgo (1732); in Francia Amand, De La Motte avevano accettate le opinioni di Portal; Dionis quelle di Mauriceau.

Dionis (1), anzichè le trazioni sul funicolo, riferiva a traumatismo il distacco e la venuta della placenta in basso; con Deventer consigliava la rottura delle membrane, riduceva la placenta e praticava la versione; consigliava in altri casi l'estrazione della placenta, purchè si fosse mantenuto intatto il cordone indispensabile per la vita del feto.

Ma anche in Francia per opera di Petit (2), e in Inghilterra per opera di W. Giffart (3) si affermava la dimostrazione anatomica dell'impianto in basso della placenta.

Gian Giacomo Fried per mezzo del suo allievo Stuart per primo nel 1736 (4) accenna alle cattive posizioni del feto occasionate dalla placenta previa che, come dimostrerà Barnes, agendo da piano inclinato tende a far scivolare la testa sui lati del bacino.

La pratica della rottura delle membrane, preconizzata da Mauriceau, da Deventer, da Dionis, nel 1743 veniva da Puzos (5) elevata alla dignità di metodo curativo con quei vantaggiosi risultati che ai dì nostri in determinate circostanze ancora ci ripromettiamo.

Verso la metà del secolo decimoottavo la questione della *placenta previa* è trattata ampiamente da tre distinti ostetrici di cui si vantano Francia, Inghilterra e Germania, cioè dal Levret, dallo Smellie, da Röderer.

Levret (6) invocando l'autorità e l'opinione di Portal, appoggiato alle osservazioni di Sckacher, di Seiler, Von Hoorn, Platner, Brunner, Heister, combattè strenuamente la teoria di Deventer; dimostrò l'im-

---

(1) Dionis. « Traité gén. des accouch. » Liège, 1721.

(2) Petit. « Mémoire de l'Acad. de Scienc. » 1723.

(3) Giffart. « Cases in Midwifery, » traduit par Hodg, 1734.

(4) Corradi. « Storia dell'ostetricia, ecc., » pag. 578.

(5) Puzos. « Mémoire sur le pertes qui surviennent aux femmes grosses. » 1743.

(6) Levret. « L'art. des accouch. démontré par de principes de physique et de mécanique. » 1756.

pianto primitivo della placenta sulla parte bassa dell'utero; ne diede alcuni caratteri anatomici. Con Dionis cercò spiegare la produzione dell'emorragia riferendola a graduale scomparsa del collo, secondo una teoria che solo gli ultimi, i più recenti studi sul segmento inferiore uterino hanno potuto abbattere.

Sosteneva l'intervento del parto forzato confidando nella rapidità dell'operare. Consigliava di rompere le membrane senza perder tempo; di praticare la versione e, se per una ragione qualsiasi, questa non era possibile, di attraversare la placenta ed afferrare i piedi. Nota la coincidenza dell'inserzione marginale del funicolo, attribuendogli importanza dal lato eziologico.

Anche allo Smellie (1) e a Roederer è perfettamente nota l'inserzione viziosa della placenta, che hanno accuratamente descritta. Smellie accolse la pratica del parto forzato, consigliando le incisioni sul collo non ancora dilatato e rigido. Roederer contrario all'estrazione della placenta finchè non fosse interamente staccata, appoggiava la rottura delle membrane e la perforazione della placenta per l'estrazione del feto.

Importanti per la storia dell'argomento apparvero verso quest'epoca i trattati di Deleury (2), che riassume le idee dei predecessori, di Astruc (3) che volle affrontare ritornando alle antiche idee, ormai vinte sotto il peso di molteplici osservazioni anatomiche, la questione dell'inserzione in basso, cui egli negò, ammettendo che per legge fisica deve la placenta sempre pigliar la sua inserzione in alto; l'atlante anatomico di Hunter (4), i cui preparati sono ancora fonte preziosa di anatomiche ricerche ai giorni nostri; i lavori sulle emorragie uterine di Rigby (5), partigiano della pronta liberazione colla versione a condizioni però favorevoli del collo dell'utero.

Nel **1776** sorgeva un nuovo metodo di cura, preconizzato da un italiano Andrea Pasta fin dal 1748 (6) per la parte che riguarda l'azione

---

(1) Smellie. « Observat. sur les accouch., » 1758, trad. Préville.

(2) Deleury. « Traité des accouchem. en faveur des élèves. » Paris, 1770.

(3) Astruc. « L'art des accouchem. reduit à ses principes. » Paris, 1776.

(4) Hunter. « Anat. of the human gravid uterus. » Birmyngham, 1774.

(5) Rigby. « An essays of the ut. hemorragie illust. with. cases. » London, 1774.

(6) Pasta. « Discorso intorno al flusso di sangue dell'utero gravido. » Bergamo,

di sostanze coagulanti nelle emorragie, messo innanzi da Léroux di Digione (1), che per primo praticò e descrisse il modo di portare, per mezzo di un tampone, sostanze speciali coagulanti contro il collo uterino e Gulbrand (2), come l'aveva osservato Saxtorph nel 1774 (3), nota il carattere epidemico della complicazione che studiamo.

Sul finire del 1700, è sui metodi curativi che cominciano a segnarsi le divergenze degli ostetrici, divergenze che in prosieguo andranno vieppiù accentuandosi. Baudelocque, e di lui non bisogna dimenticar qui di avere eziandio attirato l'attenzione sui caratteri anatomici della placenta previa, contrario alla versione che stimava pericolosa pel feto, abbandonava il parto alla natura ricorrendo, ove d'uopo, alla applicazione del forcipe.

Intanto Walter (4) cercava spiegare i casi di placenta previa in cui vi era assenza di emorragia; Guattani (5) ed I. F. Osiander (6) dirigevano lo studio all'etiologia.

Le idee emesse da Osiander non hanno tuttora perduto il loro valore.

Nel principio del nostro secolo Trinchinetti (7) e Chapman (8) accennano al metodo di cura che vedremo più tardi praticato da Simpson, del distacco totale della placenta, avendo osservato, come era stato notato per primo da Friderici, poi da De La Motte, Smellie, Denman, Baudelocque e come osserveranno poi Velpeau, Simpson, Trask, Barbieri e molti altri, che la placenta può sotto potenti doglie, essere cacciata prima del feto e talora senza danno di questo e della madre.

Le parole di Trinchinetti sono precise; egli, dopo avere accennato a casi di placenta previa curati fin dal 1791, nel suo lavoro pubblicato solo nel 1816, a p. 93-94 scrive: « Risultando adunque che la emorragia

---

(1) Léroux. « Observat. sur les pertes des femmes accouch. »

(2) Corradi. « Storia dell' Ostetricia, » pag. 574.

(3) Stesso luogo.

(4) Walter. « De morbis peritonei etc. » Berlin, 1785.

(5) Guattani. « De partu extraordinario, » 1772, pag. 109, in Corradi, vol. II, pag. 574.

(6) Osiander. « De causa insert. placentae in uter. orif. » Göttingen, 1792.

(7) Trinchinetti. « Osservazioni sulla versione dell'utero, sugli aborti e su quelli specialmente procedenti da sifilide; sulla emorragia dell'utero, sopra alcuni parti difficili, sulle lacerazioni della vagina e del perineo. » Milano, 1816.

(8) Chapman. « Expulsion du placenta avant l'enfant » in Duncan on *Annals of. Med. London*, 1808.

« d'utero è in tali specie di parti la principal causa del pericolo della par-
« toriente non meno che del feto, e che una tal causa cessa allorchè viene
« interamente staccata la placenta dalla bocca dell'utero, parrebbe di
« poter conchiudere che sia necessario di effettuare immediatamente il
« totale distacco della placenta al primo manifestarsi dei dolori; appog-
« giato per altro all'esperienza ed alle osservazioni che feci, io credo di
« poter stabilire per massima che il chirurgo debba prontamente e senza
« indugio eseguire la sopra indicata operazione, quando l'emorragia, dopo
« incominciati i dolori del parto, sia assai copiosa e la donna già spos-
« sata per modo che abbiasi a temere un imminente pericolo di morte,
« nella quale circostanza occorrerà altresì il più delle volte di effettuare
« sollecitamente l'estrazione del feto. Ma se l'emorragia non fosse tanto
« copiosa, se la partoriente conservasse ancora forze sufficienti e se i
« dolori del parto fossero regolari ed efficaci, basterà a mio avviso di
« procurare il distacco parziale della placenta e di rompere le membrane
« per fare che escano le acque e riscontrandosi poi il feto in buona po-
« situra, il parto può essere abbandonato anche alle sole forze della
« natura (1). » Parole che secondo Corradi racchiudono ancora il concetto dei processi di cui Barnes, Credé, Cohen si disputano il vanto di primo autore.

Ma in Francia queste idee non accolgono favore e secondo le simpatie dei singoli pratici pei diversi metodi, viene usato da taluno il parto forzato, il modo di intervenire di Levret e di Smellie (Maygrier), da altri quello di Puzos, come Capuron (2) che vi aggiunse la versione lasciando poi il compito della lenta dilatazione al progredire delle natiche del feto. Gardien appoggiato a Demangeon (3) combatte il tamponamento. In Inghilterra Burns e Stewart Duncan rappresentanti in questo tempo l'ostetricia, si appigliano alla pratica di Rigby, concedendo però larga parte all'impiego dei *preparati* di *oppio* come *anestetici* e come *emostatici*.

Risale a quest'epoca il primo dibattito sollevato sul carattere d'inevitabilità imposto, specialmente dagli ostetrici inglesi, alla emorragia:

---

(3) Corradi, tom. II, pag. 600.

(4) Capuron. « Cours théorique et pratique d'accouchements. » Paris, 1811.

(5) « De fallaci atque nocuo obturamento in h'emorr. uter. cohibendis. » 1803.

Mercier nel *Journal de Médecine* del 1816 si pose questo quesito — domanda: « I parti complicati a placenta previa sono sempre accompagnati da emorragia? L'espressione *inevitabile* è rigorosamente esatta? » Una quantità di fatti stavano in appoggio della prima — fatti che Valter, cui abbiamo sopra accennato, spiegava con una larga comunicazione fra le radicole venose ed arteriose dell'utero che, facilitando il circolo, s'opponeva alla perdita; che Mercier volle riferire ad una costrizione vasale in dipendenza di un pervertimento di sensibilità; e più tardi Moreau alla morte del feto — condizione che spesso s'accompagna nei casi di assenza di emorragia per l'alterazione circolatoria uterina indotta, favorevole alla coagulazione del sangue, cessata essendo la forza *attrattiva e aspiratrice del feto vivente sui vasi materni.* Gli ostetrici che vennero dopo scesero in questa lotta (Velpeau, Gendrin, Simpson, Cazeaux, Jacquemier, M. Duncan, ecc.) e la vedremo ai nostri giorni non del tutto chiusa.

Con M.me Boivin, M.me La Chapelle, Velpeau in Francia verso il 1820 lo studio del nostro argomento si fa più alacre e proficuo. La prima rilevò il carattere di *spontaneità* nella emorragia, aggravata però talora da accidenti speciali, cadute, colpi, abuso di coito; M.me La Chapelle istituì una classificazione che nelle linee generali è tuttora accettata e nota già la predisposizione alla febbre puerperale; è favorevole al parto forzato, sostenuto anche da Velpeau. A proposito dell'intervento questi concedeva però prima molta parte ai mezzi generali, quali le iniezioni con allume, l'oppio a dosi elevate, i senapismi in mezzo alle spalle, e sulla regione spinale, cui sopratutto attribuiva una grande fiducia pella loro azione riflessa. Affrontò pure il campo della patogenesi sostenendo che l'uovo è trascinato in basso, scollando la caduca uterina, come verso il punto di minor resistenza e accennò alla possibilità della recidiva. Sullo stesso campo quasi contemporaneamente troviamo in Germania Outrepont e Busch e in Inghilterra Ingleby.

Anche Desormeaux (1), Labaille (2), Guillemont (3), Duges (4), Ca-

---

(1) DESORMEAUX. « Dictionnaire de médec. » Art. « Metrorragia, » 1826.

(2) LABAILLE. Thèse de Montpellier, 1827.

(3) GUILLEMONT. « Sur les hémorrag. utér. » *Arch. gén. de Méd.*, 1829.

(4) DUGES. Art. du « Dictionn. de méd. et chirurg. pratiq. » « Hémorragies utérines, » 1833.

zeaux (1) portarono il loro contributo all'argomento. Colla storia della placenta previa, perciò che riflette la diagnosi è pur legata la proposta di Nauche (2) dell'ascoltazione intravaginale, proposta seguita da Keiller di Edimburgo nel 1855, poi da Routh di Londra nel 1859, dal Massarenti nel 1861, dal Verardini, dal Rizzoli più tardi e nel 1872 dal Wallace (3).

Con Dubois (4) il trattamento ottiene una notevole modificazione; egli partigiano del metodo di Puzos, vi aggiunge l'amministrazione di segala cornuta che, a seconda dell'epoca del travaglio, avrebbe una azione emostatica ed eccitante nello stesso tempo della contrazione.

Duparque rivolge la sua attenzione all'epoca in cui sogliono manifestarsi le emorragie (5) e Gendrin nel suo « Traité philosophique de Médec. pratique » (1837) dopo avere estesamente accennato ai caratteri anatomici della placenta, si fa sostenitore del metodo di Puzos applicato però alla perforazione stessa della placenta anche nelle inserzioni centrali.

In Germania Bunsen nel 1839 dava il nome a un nuovo altro metodo di cura — quello dell'estrazione parziale della placenta scollata.

Nello stesso anno Kilian si occupa della etiologia.

Un' altra data notevole è segnata con Simpson nel 1845, che ripropone nel trattamento l'estrazione totale della placenta.

È precisamente in questi momenti che sorse un periodo brillante per la storia della placenta previa, scrive Guzzoni (6). Qualche anno prima della proposta rinnovata da Simpson, Ramsbotam infatti aveva espresso l'opinione che il distacco totale della placenta previa, prima dell'espulsione del feto, era il colmo dell'arditezza, e Robert Lee era giunto persino a dichiararlo un atto di follia. In tal modo la polemica si trovò senz' altro preparata ed impegnata fra Simpson da una parte e Ramsbotam e Lee

---

(1) Cazeaux. « De l'hémorrag. ocique. » Thèse de Paris, 1835.

(2) Corradi, pag. 121, vol. II, 1829.

(3) Citato in Corradi.

(4) Dubois. « Considérations sur les hémorr. utér. » 1836.

(5) Duparque. « Recherches sur l'époque à laquelle se manifestant les hémorr. de l'insert. du placenta sur le col. » 1835.

(6) Guzzoni degli Ancarani. « Di una modif. al metodo di Berlino nella cura della placenta previa. » *Morgagni*, 1888, pag. 720.

dall'altra (1). La discussione andò allargandosi e fra i molti che vi presero parte, vediamo anche R. Barnes (2).

Sull'esempio dato da Rouget nel 1807 e poi da Wellemberg, Miquel e Stein a questa epoca, in modificazione del tampone praticato coi mezzi ordinarii, introducono nella terapia l'uso di vesciche animali cui si adattava un tubo per insufflarvi l'aria, aprendo una strada alle innovazioni legate più tardi ai nomi di Gariel col pessario ad aria, di Braun col colpeurynter, di Chassagny col doppio pallone e coll'elittro-pterigoide, ecc.

Radfort (1845), in modificazione dei mezzi curativi, allo scollamento della placenta, aggiunge l'applicazione di correnti galvaniche nello intento di ottenere l'emostasi coll'eccitazione della fibbra uterina.

Nel 1846 Jacquemier (3) emise la teoria di produzione della emorragia, teoria che è in accordo perfetto con quanto si sostiene ora. Anche Negrier, mentre l'attenzione generale è piuttosto attratta ai metodi di cura, nel campo della etiologia porta innanzi il frutto di utili ricerche — come per Cazeaux la causa dell'inserzione per Negrier sta nell'accidentale incontro dell'uovo coll'elemento maschio al livello del collo. — Le iniezioni vaginali, preconizzate già da Ippocrate contro le perdite uterine, sono erette a metodo di cura da Seyfert nel 1852, il quale consigliava l'acqua fredda — mentre Windelband nel 1875 userà l'acqua caldissima.

Una modificazione al metodo di Puzos e di Simpson è portata da Cohen nel 1855; modificazione (di cui anche Credé volle la paternità) consistente, allorchè la placenta ha inserzione centrale, in un parziale scollamento di questa nella parte più sottile e nella rottura delle membrane. Questo processo venne poi a sua volta in seguito modificato da Pfeiffer nel 1873, che vi aggiunse l'asportazione della porzione di placenta scollata.

Poco di poi (anno 1858) R. Barnes (4) dopo aver combattuto le teorie simpsoniane, propone il proprio metodo di cura, basato sul modo di produzione della emorragia, allorchè la placenta trovasi inserita in quella zona, che egli con classica divisione ha delimitato. Consiglia dapprima la rottura

---

(1) Vedi *London Medical Gazzette,* 1845 e *Lancet,* 1847-48 e 51, cit. in Guzzoni.

(2) *The Lancet,* March. 1847, cit. in Guzzoni.

(3) Jacquemier. « Traité d'accouch. » Tom. II, Paris.

(4) In Pluyette, pag. 65.

delle membrane e l'applicazione di un bendaggio sul ventre; acciocchè la parte progrediente agisca da tampone e come mezzo dilatante. Continuando la perdita, scolla la placenta per un circolo avente un diametro di circa 7 1[2 cent. al di sopra dell'orifizio interno, per toglierla dalla superficie pericolosa di inserzione, sperando che la contrazione uterina faccia cessare l'emorragia; se continua ancora, consiglia la versione podalica; ma, nemico del parto forzato, ove la dilatazione non sia sufficiente applica i proprii *sacchetti a chitarra*, i quali saranno poi sostituiti da coni di spugna preparata. — Donkein 1858 — Kröne 1877 — Ingleby — Gaillard Tomas, 1884; dal doppio pallone di Chassagny (1868); dall'elittropterigoide nel 1882, modificato nel 1884 a sua volta da Hubert de Louvain; dal pallone di Mac-Lean nel 1886, di Champetier de Ribes (1888). Allo stesso scopo Murphy (1885) introdurrà le dita foggiate a cono.

Küneke (1) nota pel primo nel 1859 l'inserzione previa di un lobo accessorio di placenta, come lo descrive nel 1861 Sirelius d'Helsingfors; alterazione di cui si occuperanno in tempi più vicini a noi Saenger, Loviot, Mundé, Verrier, Frascani, Ribemont, Porack.

Ancora nel campo terapeutico poco dopo e per mente di ostetrici inglesi la nostra storia fa nuovi progressi.

Nel 1860 appare la proposta della versione bipolare o versione per manovre esterne-interne di Braxton-Hicks (2). Greenhalg nel 1864 consiglia il parto prematuro, che incontrerà le simpatie di Oldham, Mac-Donald, Tomas, Murphy e in genere di molti ostetrici americani e inglesi.

Dalla Germania Kristeller (1867) (3) manda fuori la proposta della spremitura del feto durante il parto, per favorire l'impegno e l'espulsione.

Nello stesso anno Scanzoni (4) pubblica le sue idee personali sull'argomento e nota la frequenza relativa dell'accidente nelle multipare per *rammollimento dell'utero unito ad allargamento della cavità.*

De Cristoforis nella sua tesi « *Placenta previa* » (1871) rileva i ca-

---

(1) Cit. da BARNES. « Traité d'obstét., etc., » pag. 567.

(2) PLUYETTE, pag. 60, 1860.

(3) In AUVARD, pag. 103.

(4) « Lehrbuch der Gabürsthi Ef. » Wien., pag. 573 in CORRADI. « Storia dell'ostetricia, ecc., » 1867, pag. 574.

ratteri anatomici della placenta, la maggior ampiezza e sottigliezza che non nei casi comuni e le degenerazioni del tessuto suo. Nota l'importanza di lacerazioni nel segmento inferiore della bocca uterina possibili nel parto forzato, per la grave perdita sanguigna, che ne può conseguire.

Il prof. Porro nel 1873 (1) riportando il caso di un feto che sotto la contrazione uterina venne alla luce attraversando la placenta, porta il proprio contributo ancora sulle note anatomiche.

Eshleman (2) nel 1875 richiama in onore la pratica del forcipe, usata prima da Baudelocque, e da Krats nel 1859, servendosene all'uopo come mezzo emostatico. Rotte la placenta e le membrane con uno speculum-forcipe speciale, afferra il feto con un altro piccolo forcipe col quale si propone di fermare l'emorragia a mezzo di trazioni debitamente esercitate, di dilatare il collo e di estrarre il bambino. Nel trattamento avremo occasione di conoscere l'importanza di un tale processo.

Posteriormente M. Duncan (anni 1875-76-77) nelle sue ricerche sull'inserzione viziosa formula nuove proposizioni intorno alle cause di produzione dell'emorragia nella gravidanza e nell'atto del parto; Spiegelberg e Ludwig Müller pubblicano interessanti lavori. La parte bibliografica e le statistiche raccolte da Müller, riportate dai diversi autori, formano tuttodì una fonte inesaurabile di utili ricerche e di importanti confronti. Carlo Schroeder che nella teoria del *glissement,* per contrasto del segmento inferiore dell' utero che s' innalza, ed ovoide fetale che s'abbassa, aveva posto la causa della emorragia in travaglio, richiama in onore il metodo di Puzos della rottura delle membrane, aggiungendovi per ottenere una completa emostasi la versione alla Braxton-Hicks e la lenta estrazione del feto, concretando quel sistema di intervento che è conosciuto col nome di *metodo della Scuola di Berlino.*

A quest' epoca in Francia Pinard e Budin si appigliano alla versione cefalica per manovre esterne, richiamando in onore la pratica di Wigand. Indirettamente Charles, Polaillon, Braxton-Hicks, Gueniot, Lefour, Chädwich (1877-82), vengono a portare luce sulla questione della etiologia, come vedremo quando ci occuperemo di proposito.

---

(1) E. Porro. *Gazzetta Medica lombarda,* pag. 97.

(2) In Pluyette, pag. 80.

Il metodo di Berlino con Hofmeier, Behm, Lomer, ecc., incominciando dal 1882 acquista partigiani e sostenitori, mentre con Syppel (1884) risorge il tamponamento vaginale antisettico e si stabilisce quel dualismo nell'intervento felicemente colpito da Truzzi nel 1885 nel suo lavoro: « *Tamponamento o versione combinata?* » e che accennando a diminuire coll'accoglienza fatta al tamponamento da Obermann, Torgler, Jungbluth, Fritsch, Rusconi, ecc., cesserà colla modificazione del *metodo di Berlino* introdotta dalla Scuola di Pavia (1888), per la quale *zaffo* e *versione combinata* troveranno il giusto posto nel trattamento; siccome con viste più generali li aveva già avvicinati Auvard nel 1886, il quale nel lavoro citato, dopo un esame storico-critico dei metodi curativi, propose un completo indirizzo di cura.

Nel 1884 non va dimenticata la proposta riferita al prof. Porro ed avanzata dal prof. Truzzi, allora suo assistente (1), in casi speciali di gravi e persistenti emorragie, dell'amputazione, diremo così, extra vaginale dell'utero, arrovesciato in 3.° grado al di sopra dell'orificio interno, dopo aver estratto sollecitamente il bambino.

Nel 1886 Donzellini (2), assistente alla Scuola Ostetrica di Vercelli, allora diretta dal prof. Chiarleoni, sostenne l'esagerato sviluppo della placenta causa d'impianto sulla zona inferiore dell'utero.

Pinard nello stesso anno trova nuove cause di spiegazione dell'emorragia nella gravidanza e nel travaglio, contro le quali oppone la larga rottura delle membrane, cui solo in caso di necessità aggiunge il tamponamento, non già coi mezzi ordinarii da lui temuto e sconsigliato, ma col pallone di Champetier de Ribes (3).

Nel 1888 Mantel (4) rileva la coincidenza dell'idramnios colla placenta posta in basso.

Pazzi (5) nel 1890 emette nuove ipotesi sulle cause di produzione delle perdite in base specialmente a concetti clinici rilevati nei casi da lui esposti, e ad anatomiche alterazioni riscontrate nella placenta.

---

(1) Ettore Truzzi. « Placenta centralmente previa. » *Gazzetta medica Italiana*, serie VIII, tom. II.

(2) G. Donzellini. *Gazzetta delle cliniche*, II sem., N. 2 e 3.

(3) Nella tesi di Jouve, 1892, citata.

(4) Mantel. *Arch. de tocol.*, I quadrimestre.

(5) Pazzi. *Riforma Med.*, ottobre 1890.

Bossi (1) pure nel 1890 propone indicandolo pei casi di placenta previa, come acceleratore del parto un nuovo dilatatore metallico. Al congresso internazionale di Berlino Murphy (2) sostiene per la cura l'interruzione artificiale della gravidanza fuori della comparsa della perdita, appena accertata la diagnosi.

Hofmeier in un volume pubblicato in questo stesso anno a Wiesbaden, in cui si contengono lavori di Klein e Steffeck, sostenuto poscia da Kaltembach (3), colla possibilità dello sviluppo della placenta anche sulla caduca reflessa, da lui anatomicamente dimostrata, pensa di aver trovato nuove cause all'etiologia; cosa che, in via di mera ipotesi, io pure aveva sostenuto, per spiegare *l'anormale ampiezza in taluni casi* della placenta previa, in una pubblicazione uscita nell'anno medesimo (4).

Ma Ahlfeld (5) nel 1891 combatteva le opinioni di Hofmeier e di Kaltembach ritornando alle antiche teorie, che appoggia con una recente pubblicazione dell'anno in corso (6).

MECCANISMO DI PRODUZIONE DELL'EMORRAGIA.

La perdita sanguigna dipendente dall'inserzione anormale della placenta si produce durante la gravidanza e nell'atto del travaglio del parto; durante la gravidanza è messa a debito della forma di *inserzione centrale;* nel travaglio di *preferenza* della *laterale* o *marginale.* Con questa complicazione vanno pure compagne emorragie del *secondamento* e *post-partum.*

Ai dì nostri non è più il caso di sollevare la questione sull'origine della perdita nella gravidanza e nel travaglio, se cioè di provenienza materna o fetale. È ritenuto oggimai che la più grande parte sia di pro-

---

(1) Bossi G. M. *Rivista di Ostetr. e Ginec.*, settembre-ottobre 1891.

(2) Murphy. « The tratement of placenta praevia. » *Atti del Congresso,* Bd. III, pag. 244.

(3) Kaltembach. « Zur phatogenese der placenta praevia. » *Zeitscrift f. Geb. und Gyn.*, Bd. 18, pag. 3.

(4) G. Raineri. « Contributo all'etiologia della placenta previa. » *Morgagni,* giugno 1890.

(5) Ahlfeld. *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, Bd. XXI, Hft. 2.

(6) Ahlfeld. *Centralb. für Gyn.*, N. 12, 1892.

venienza materna, mettendosi da banda, secondo le attuali nozioni anatomiche sui rapporti tra il sangue fetale e materno nella placenta, l'opinione a norma della quale Simpson si indusse al metodo dello *scollamento totale*, che cioè la perdita avvenga dal lembo di placenta staccata per le comunicazioni ancora esistenti nel resto del tessuto placentare tuttora aderente alla parete uterina.

Anche la *potenza attraente e aspiratrice nel feto vivo* (dello stesso Simpson) e *il cessare dell' emorragia,* sostenuto da Moreau, *nei casi di feto morto* ha perduto molto valore.

Bitot nel 1880 (1) asseriva che molti esempi di emorragia consecutiva all'espulsione del feto morto e macerato e che ha soggiornato persino settimane e mesi nella cavità uterina, mostrano che quelle opinioni non sono del tutto fondate.

Molto convincente è lo studio di Pandele (2), fatto sotto la direzione di Budin che potè radunare 21 casi sparsi nella letteratura, nei quali ad onta della avvenuta morte del feto erano nella gravidanza e nel parto sopravvenute rilevanti emorragie. Viene a conferma di questo assunto anche la distinzione apparentemente sottile ma rigorosamente poggiata su ragione fisiologica del Mangiagalli (3), della diversa influenza che può avere sull'andamento di un ectopia placentare la morte *recente* o *antica* del feto. Egli rilevava che se non si può credere ad una potenza aspiratrice del feto nel senso letterale dell' espressione, non ripugna, fisiologicamente parlando, ammettere che il sangue affluisca in quantità maggiore là ove una nuova funzione deve esercitarsi. Venendo a morte il feto, alla necessaria scemata funzionalità placentare devono andare concomittanti corrispondenti alterazioni anatomiche (degenerazione adiposa, trombizzazione di seni utero-placentari, diminuzione di vascolarizzazione, ecc.), condizioni che egli ebbe a verificare e che si mostrarono in partorienti favorevoli, svelando la ragione per cui la morte, almeno quella antica, del feto può esercitare qualche influenza vantaggiosa sulle emorragie in casi di placenta previa.

---

(1) Bitot. « Contribution a l'étude, etc., » cit. pag. 33.

(2) Pandele. « De l'hémorr. dans le cases de plac. praevia lorsque le fœtus est mort et macéré. » Paris, 1889, pagina 35.

(3) L. Mangiagalli. « Il quinquennio 1875-1879. » Milano, 1881, pag. 234-235.

Le emorragie della gravidanza vengono ritenute proprie degli ultimi tre mesi; è noto tuttavia, come appare anche dalle varie statistiche, che possono manifestarsi, sebbene con scarsa frequenza, in epoche anteriori: in una statistica recente di Weber (1), su 34 casi in 10 le emorragie si erano manifestate prima della metà della gravidanza, in 2 al principio del sesto mese.

Questo fatto era già stato notato da Bunsen nel 1839 (2), da Duparcque (3) nel suo lavoro sull'epoca in cui sogliono manifestarsi le emorragie. Ad abbondanza del resto basta consultare le osservazioni notate dal Corradi (4), dal Chiara (5), dal Cuzzi (6), dalla Vermigli (7), dal Pazzi (8), dal Pinzani (9), dal Turazza (10), ecc.

È noto che la placenta previa sia ritenuta come una predisposizione all'aborto.

Su questa eventualità notata per primo da Gardien (11), già era stata attratta l'attenzione di Hecher (12), di Stark, Fieliz, Ritgen secondo Müller (13), di Barnes, di Duncan, di Spiegelberg. In una seduta dell'anno in corso all'Accademia Ostetrica di Francia (14), Tissier, Gaillard, Pinard, a proposito di queste emorragie precoci ritennero che si presentano, quali cause di aborto, più frequentemente di quanto si crede.

---

(1) WEBER. « Casuisticher Beitrag zur placenta praevia auf. Grund von 53 beobachtungen in der Münchener Frauenklinik. » Berlin, 1892, pag. 40.

(2) In AUVARD, pag. 75.

(3) In PLUYETTE, pag. 51.

(4) CORRADI. « Storia dell'ostet. in Italia dalla metà dello scorso secolo fino al presente. » Cap. 24, pag. 378.

(5) CHIARA. *Annali di Ostet., Ginec. e Pediat.*, 1884, N. 4.

(6) D. POZZI. « I primi 79 giorni della Guardia Ostetrica di Milano. » 1887.

(7) VERMIGLI. *Giornale delle levatrici*, 1887, N. 12.

(8) PAZZI. « Contrib. alla statist. ed alla cura della placenta previa centrale. » Estratto della *Riforma Med.*, 1890, pag. 22.

(9) PINZANI. *Rivista di Ostet. e Ginecol.*, 1890, pag. 376.

(10) TURAZZA. « Osservazioni pratiche sulla placenta previa. » In *Rivista di Ostet. e Ginecol.*, 1891, Estratto pag. 1.

(11) In PLUYETTE cit., pag. 40.

(12) In SCHROEDER, pag. 665.

(13) In MÜLLER. « Plac. praevia, » 1877, pag. 174.

(14) Riferita in *Rassegna di Ostet e Ginec.*, N. 6, 1892.

Questi casi di aborto erano altra volta addotti per infirmare le teorie che si portano innanzi per spiegare l'emorragia. A parte le cause che possono determinarlo verso il 3.° o il 4.° mese, che escono dal nostro tema e che probabilmente risiedono nelle difficoltà che la placenta incontra per svilupparsi in basso (1); in epoche posteriori la perdita trova la stessa spiegazione plausibile ed accettabile, come quella delli ultimi mesi.

Per venire a questa teoria giova innanzi tutto ricordare il modo di comportarsi dell'utero in gravidanza.

Le osservazioni sull'argomento, che hanno tolto molti dubbi esistiti fino a qualche tempo addietro, portano a risultati molto convincenti. Attenendoci unicamente ad essi metteremo fuori le idee dominanti al giorno d'oggi.

* * *

Occupiamoci innanzi tutto dell'*emorragia della gravidanza.*

Riferiamo all'uopo volontieri le proposizioni intorno a un punto tanto discusso, desunte dai recenti « *Studi anatomici e clinici sull' utero in gravidanza e in travaglio* » del prof. Pestalozza (2).

È bensì vero che il dottor Levi (3) con fatti clinici avrebbe cercato di appoggiare le vedute, frutto di ricerche pure importanti di Acconci (4) che differiscono alquanto da quelle di Pestalozza, specialmente per ciò che riflette la presenza o meno di fibre circolari muscolari nel segmento inferiore, la quantità delle fibre elastiche sparse nella trama uterina, i processi d'iperplasia e di ipertrofia del corpo in confronto della parte bassa dell'utero; ma il disaccordo sollevato punto o poco influisce sui concetti generali del nostro studio.

1.° « *Durante la gravidanza il canale cervicale conserva la sua*

---

(1) Barnes. Tratt. cit. pag. 301.

(2) In « Studi di Ostet. e Ginec. » Milano, 1890. Volume dedicato al prof. Tibone.

(3) G. Levi. « Il collo ed il segmento inferiore dell'utero alla fine della gravidanza e durante il parto. » *Rivista di Ostet.*, ecc., luglio 1891.

(4) Acconci. « Contributo allo studio dell'anatomia e fisiologia dell'utero gestante e partoriente. » *Giornale della R. Accadem. di Medic.*, 1890, N. 7.

completa integrità » dinanzi a questa affermazione basata sull'esame di 49 osservazioni diligentemente e pazientemente raccolte, sparse nella letteratura e di una propria, affermazione dapprima annunziata da Stoltz nel 1826 (1), sostenuta all'appoggio di ricerche anatomiche molto interessanti da Hofmeier nel 1886 (2), cade l'antica teoria di un *distacco necessario della placenta* dagli attacchi uterini per *scomparsa graduale del collo* durante la gravidanza; teoria, che escogitata da Levret aveva avuto sostenitori nello Smellie, in Rigby, Baudelocque, nello stesso Velpeau.

Cade anche la teoria sostenuta in Germania (3) all'appoggio sopratutto degli studi di Bandl e di Bayer che fanno derivare il segmento inferiore a spese della parte alta del collo negli ultimi due mesi di gravidanza.

2.° « *Non esiste differenza sostanziale quanto al segmento inferiore dell'utero dalle restanti parti del corpo per rispetto all'anatomica struttura. Esso partecipa nei primi mesi di gravidanza ai rigogliosi processi iperplasici che si compiono in tutto l'organo per cominciare solo verso gli ultimi mesi ed in modo non costante a cedere all'interna pressione dell'uovo lasciandosi passivamente distendere.* »

Secondo Acconci esisterebbe invece una differenza: nel segmento inferiore l'elemento muscolare è più scarso; mancherebbero fasci a decorso circolare e l'elemento elastico è più abbondante che nel corpo e le fibre elastiche sono più grosse. I processi d'iperplasia e d'ipertrofia nei primi mesi si manifesterebbero di preferenza nel corpo e nel fondo dell'utero; alla fine della gravidanza di preferenza nel segmento inferiore, favorendone il distendimento.

Clinicamente osserva il Levi, come nota il professore Tibone per alcuni casi di placenta previa, è dimostrato che tale distendimento non si fa talora che all'inizio del travaglio; e Pestalozza ha trovato:

3.° *Quando non sia avvenuto un assottigliamento, diremo così pre-*

---

(1) STOLTZ. « Considération sur quelques points relatif à l'art des accouchements » Thèse de doctorat.

(2) « Das untere uterinsegment in anatomischer und physiologischer beziehung in der Schwangere ùnd Kreissende Uterus » Herausg von Schroeder. Bonn, 1886.

(3) In WEBER citato, pag. 40.

paratorio al termine della gravidanza, il distendimento che si fa sempre, in modo costante, nel 1.° periolo del parto, a qualunque epoca, può avvenire nel travaglio anche in modo brusco e rapido. »

Un'altra proposizione molto importante, avvalorata dal controllo clinico, confortata da numerose osservazioni, desunse Pestalozza circa il rapporto del distendimento nella parte bassa dell'utero, colle condizioni di resistenza del collo; essendo venuto nella conseguenza che l'espansione del segmento inferiore doveva essere la condizione necessaria preparante alla scomparsa del collo e alla dilatazione della bocca uterina, trovò che quanto più il *segmento inferiore era ancora spesso, impreparato al principio del travaglio, tanto più a lungo era durato il periodo dilatante; questo invece ebbe breve durata, quando fin dai primi istanti si potè constatare già sottile, fino agli estremi limiti, il segmento inferiore.*

Inversamente venne ad asserire *che è tanto maggiore il distendimento nel momento del parto quanto più resistente sarà il collo; e siccome la cervice per l'obbliquità in basso ed allo innanzi offre resistenze diverse al labbro anteriore che al posteriore, minori in questo che in quello; per la differenza di resistenza, nel grande numero dei casi, si troverà la parte antero-inferiore dell'utero, nel periodo dilatante, più sottile della postero-inferiore. Ciò che realmente succede.*

Col distendimento del segmento inferiore si spiega anche la formazione della borsa amniotica; il *distacco delle membrane si mostra però sproporzionato all'area di segmento inferiore lasciato libero da aderenze;* fatto dovuto in parte alla *distendibilità di tali elementi degli annessi,* ma più che tutto a *una riduzione in senso verticale della parte bassa dell'utero, perchè per la speciale disposizione dei fasci muscolari i foglietti di questo elemento contrattile scorrendo l'uno sull'altro tendono a portarsi in alto.*

Ciò premesso come possiamo spiegare la perdita?

È cognizione ormai acquisita alla scienza che la placenta raggiunga pressochè completo il suo sviluppo in superficie nei primi sei mesi.

Qui conviene raccogliere una osservazione fatta dal Cuzzi (1). All'ostetrico di Pavia pare, basandosi su ricerche personali, che a suo dire

---

(1) Cuzzi. « Trattato di Ostetricia e Gin. » in corso di pubblicazione, vol. I, parte II, pag. 251.

sono però in numero esiguo, non troppo esatta l'affermazione di Marchall (1) affermazione, che è trasmessa indiscussa da autore ad autore, che noi abbiamo testè riportata, secondo la quale si considera lo sviluppo della placenta completo al settimo mese.

Dalle misurazioni di placente che dal 1887 per lo studio dell'argomento della placenta previa si vanno facendo alla Maternità di Vercelli, l'opinione di Marchall mi risulterebbe invece confermata.

Riserbandomi di pubblicare più copiosi dati ad altra occasione, dalle tavole che seguono di misure di placente al 7.°, 8.° e principio del 9.° mese si desume invero, sebbene con scarso numero di cifre, che la media dei diametri varia da 15,3 (minimo) a 19,1 (massimo); medie che corrispondono press'a poco a quelle della placenta a termine; Donzellini (2) infatti nota, che sebbene i diametri della placenta sieno variatissimi, se si tien conto delle varie cifre date dai trattati più comuni (Schroeder, Delore e Lutaud, Lusck, Morisani, Cazeaux, Balocchi, Sappey, Charpentier), si può stabilire una media di cent. 17,4 oscillando fra un minimo di 13,5 ed un massimo di cent. 22; e anche il Cuzzi riportando le medie di Pestalozza dà la cifra di 15 a 18 cent. (3); altre mie ricerche nel triennio 1886-87-88, come si vedrà più innanzi, darebbero pel diametro massimo come media una cifra un po' maggiore (cent. 20 circa).

Piuttosto, mentre per il peso si dà la media di 500 a 600 grammi quando si tratti di placenta a termine (Cuzzi, Grillenzoni, Donzellini), e per lo spessore massimo, la media di 15 a 30 mill. (Cuzzi) e di 1 a 3 cent. (Donzellini), risulta incidentalmente dalle nostre tre tabelle, che pur restando press'a poco invariate le dimensioni, le medie del peso e dello spessore vanno gradatamente aumentando, dando rispettivamente la media del peso di gr. 342 al settimo mese, di 412 nell'ottavo, di 450 al principio del nono, e una media per lo spessore massimo di cent. 1,7 nel settimo mese, 2 nell'ottavo, 2,1 nel principio del nono.

---

(1) Marchall. Art. « Placenta » Dictionn. de Jaccoud, tom. XXVIII, 1880, cit. in Cuzzi.

(2) Donzellini. « Esagerato sviluppo della placenta, ecc. » Estr. dalla *Gazz. delle cliniche*, 1886, N. 2 e 3, pag. 8.

(3) Luogo citato, pag. 249.

Nel settimo mese.

Num. di accettazione sul Registro Generale dell'Ospedale		Peso del feto Grammi	Peso della placenta Grammi	Diametri massimo Cent.	Diametri minimo Cent.	Massimo spess. della placenta Cent.	Lunghezza del cordone Cent.
1887 . . .	1462	1350	300	20.0	14.0	1.8	40
	1460	1300	300	19.0	14.0	1.2	36
	363	1070	370	16.0	14.0	1.7	42
1888 . . .	344	1450	300	16.0	14.0	2.0	40
	1391	950	340	19.0	17.0	2.0	44
1889 . . .	160	1100	300	19.0	18.0	1.0	37
	638	1150	300	20.0	15.0	1.0	34
	1193	1900	350	23.0	13.0	2.3	36
	1302	1200	300	18.5	17.0	1.8	54
	1362	1050	330	17.0	8.0	3.2	42
	1527	1650	300	15.0	14.5	2.0	48
1890 . . .	1055	2050	420	27.0	16.0	1.5	52
	418	1350	370	17.5	16.0	1.5	44
	984	1250	500	30.0	23.0	2.0	40
1891	1302	1500	350	18.0	16.0	1.0	44
			5130	295.0	229.5	26.0	
			Media 342	Media 19.0	Media 15.3	Media 1.7	

Nell'ottavo mese.

Num. di accettazione sul Registro Generale dell'Ospedale		Peso del feto Grammi	Peso della placenta Grammi	Diametri massimo Cent.	Diametri minimo Cent.	Massimo spess. della placenta Cent.	Lunghezza del cordone Cent.
1887	412	2200	500	19.0	16.0	2.0	59
1888	566	2050	450	21.0	19.0	2.8	90
1889 . . .	15	2100	350	18.0	14.0	2.0	48
	945	2350	480	18.0	17.0	2.5	50
	963	1950	400	17.0	16.0	2.0	53
	966	1800	420	19.4	17.5	2.4	48
	1163	1850	325	16.0	15.5	1.8	74
1890 . . .	1611	2550	480	19.0	17.0	2.0	48
	739	2500	500	24.6	20.0	2.4	64
	1274	2100	400	18.0	16.0	2.0	48
	27	1700	300	17.0	16.4	1.7	37
	1453	1950	400	18.0	16.0	2.0	48
	1147	2000	400	17.0	16.6	2.5	42
1891 . . .	1164	2050	400	19.0	17.0	1.7	40
	605	1900	400	18.0	14.0	2.0	52
	607	1800	400	19.0	17.0	1.5	44
			6605	297.0	265.0	33.3	
			Media 412	Media 18.5	Media 16.5	Media 2	

Al principio del nono mese.

Num. di accettazione sul Registro Generale dell'Ospedale		Peso del feto Grammi	Peso della placenta Grammi	Diametri massimo Cent.	Diametri minimo Cent.	Massimo spess. della placenta Cent.	Lunghezza del cordone Cent.
1888 . . .	22	2350	420	19.0	18.0	2.4	60
	491	2500	450	21.0	16.0	2.5	49
1889 . . .	577	2800	500	20.0	15.0	2.5	48
	772	2380	500	19.0	17.4	2.5	54
	981	2300	500	22.0	16.0	2.0	47
	1255	2350	420	17.0	11.0	3.2	53
	1256	2700	370	19.4	17.5	2.0	53
	1538	2500	450	18.0	16.4	2.0	48
1891 . . .	1385	2150	500	18.0	15.0	2.0	48
	1370	2500	500	20.0	17.0	2.0	58
	564	2300	420	20.0	17.0	1.5	44
	606	2050	400	17.0	16.0	1.7	45
	653	2450	420	19.0	14.0	1.5	44
			5850	249.4	206.3	27.8	
			Media 450	Media 19.10	Media 15.8	Media 2.1	

Tornando a noi, se la placenta si inserisce sul fondo, il suo ingrandimento avviene nello stesso tempo che in quello della parte su cui è attaccata e non si avranno inconvenienti: cambieranno i rapporti se ha la sua inserzione al basso.

Alle successive distensioni del segmento inferiore andranno di pari passo compagni stiramenti e quindi rotture delle aderenze utero-placentali. Queste rotture e le conseguenti emorragie sono in rapporto diretto col modo di comportarsi del segmento inferiore, il quale, abbiamo visto, si espande, si assottiglia, ma *in modo incostante durante gli ultimi mesi della gravidanza.* L'assottigliamento può mancare in gravidanza e formarsi bruscamente nell'atto del parto; l'emorragia anche con inserzione centrale della placenta può quindi prodursi nel solo atto del parto.

I fatti clinici in realtà corrispondono a siffatte interpretazioni. E perciò ancora il carattere d'*inevitabilità* ammesso a queste emorragie, giustamente, osserva Pestalozza (1), va inteso in un concetto generale puramente teorico, subordinato al regolare espandersi del segmento inferiore.

Più sopra abbiamo visto inoltre che il distendimento del segmento inferiore è direttamente in rapporto colla resistenza del collo, ordinariamente più forte allo innanzi che in addietro; in altri termini abbiamo ammesso con Depaul (2), appoggiato ad osservazioni fatte direttamente sull'utero degli ultimi tre mesi della gravidanza, che il segmento inferiore si espande in modo non del tutto regolare. Con questo dato, se noi mettiamo in relazione l'orientazione della placenta, sulla quale nei rapporti coll'emorragia già Jüdel aveva attirato l'attenzione, comprendiamo come possa in generale frequentemente insorgere perdita più o meno per tempo a seconda che la placenta trovasi inserita, sia pure in basso, ma piuttosto alla parte anteriore, che alla posteriore.

Con questa teoria estesamente spiegata nel lavoro di Guzzoni degli Ancarani (3), si accorda perfettamente quella di Jacquemier (4), ba-

---

(1) Pestalozza. Lavoro citato negli studi clinici, pag. 244.

(2) Depaul. « Clinique obstétricale, » 1873, pag. 618.

(3) Guzzoni. « Di una modificazione al metodo di Berlino nella cura della placenta previa. » *Morgagni*, 1888, pag. 710.

(4) Jacquemier. « Manuel des accouchements. » Paris, Vol. II, pag. 237, 1846.

sata appunto sul contrasto del crescente sviluppo della parte bassa dell'utero negli ultimi mesi della gestazione colla superficie della placenta completamente o, per essere precisi, quasi completamente formata, e che trovava conforto, per i casi di mancata emorragia in gravidanza, unicamente nei reperti di Depaul.

Alcune peculiari condizioni possono favorire il distendimento del segmento inferiore e quindi l'emorragia. A parità di cose nelle primipare per robustezza dei legamenti la pressione eccentrica dell'uovo esercitata sulla musculatura uterina, sarà maggiore che nelle pluripare; nessuna meraviglia quindi che in quelle l'emorragia si manifesti o possa manifestarsi più precocemente.

Quanto più l'uovo è sviluppato tanto maggiore sarà ancora la pressione eccentricamente esercitata. Un eccessivo sviluppo dell'uovo per gravidanza multipla, per idramnios, ecc., può dare pure *passivamente* a qualsiasi epoca della gestazione tale un assotigliamento della parte bassa dell'utero da determinare distacchi placentari, se la placenta vi è attaccata, ed occasionare la perdita. La verità di questo passivo comportarsi del segmento inferiore, con effetto analogo a quello della contrazione uterina fuori del travaglio, è stata dal Pestalozza testè anatomicamente ammessa nel lavoro citato, e clinicamente affermata a proposito della gravidanza gemella dal Guzzoni (1), il quale elevò la dilatazione della bocca uterina, prima che si inizi il parto, ad uno fra i segni preziosi per la diagnosi di gravidanza composta.

Ora per spiegare le perdite che sopravvengono innanzi al tempo ordinario — gli ultimi tre mesi — ci pare logico rivolgere la nostra attenzione appunto a tal fatto; e in questa interpretazione non siamo soli. Al proposilo Winkel (2), esprime la supposizione che le emorragie precoci vengano in scena perchè per formazione più o meno rapida di liquido amniotico accentuandosi un forte distendimento di tutta la parete uterina, si originano stiramenti e distacchi di porzioni placentali. Il distendimento sarà maggiore, se per avventura nelle stesse condizioni il liquido è più abbondante del solito; e la cosa sarebbe diagnosticabile

---

(1) Guzzoni. « Contributo alla diagnosi della gravidanza doppia. » *Rassegna di Scienze Mediche*, N. 10, 1889.

2) Winkel. « Lehrbuch der Geburshilfe, pag. 307.

col rilevare un' altezza del fondo uterino superiore a quella che corrisponde all'epoca della gravidanza.

Weber la trovò infatti (1) nei casi che abbiamo accennati, tirandone la conclusione che con simil genere di emorragia è sempre compagno un certo elevato grado d' idramnios.

La spiegazione data da Weber per la produzione della perdita sta pure nel passivo distendimento dell' utero, tanto più grande ed improvviso, quanto maggiore è la quantità del liquido.

Su tale coincidenza, di cui si riscontrano non rari esempi nella letteratura, Mantel (2) ha prima d'ora attirata l'attenzione. L'inserzione in basso della placenta determinerebbe una esagerata produzione di liquido amniotico, fatto per lui « *frequente ed innegabile.* »

A simile eventualità accenna anche Villa (3), che riporta i casi di Negri con idramnios acuto e inserzione bassa della placenta, di Mantel con idramnios acuto e inserzione previa, oltre un caso proprio. A questi noi potremmo aggiungere quelli citati da Guzzoni (4). Anche in quello di Pinzani (5) la copia del liquido era abbondante.

Secondo Mantel la pressione subita dalla placenta nel caso di inserzione in basso e le modificazioni circolatorie che sopravvengono nel cordone ombellicale, sembrano determinare, per un ostacolo al corso naturale del sangue, una stasi sanguigna ed un' esosmosi più considerevole verso la cavità amniotica.

Le vie seguite nella trasudazione sono probabilmente quelle indicate da Sallinger, Bar, Truzzi, Mangiagalli attraverso i vasi del cordone, e serpeggianti sulla superficie fetale della placenta, sia direttamente, sia secondo i reperti di Calderini, Wincler e secondo le opinioni di Veit e Bar attraverso un sistema lacunare linfatico, o da Waldeyer e Jungbluth attraverso alla *rete vasale subamniotica,* o *rete vasale sopraplacentare* di Viti, quando se ne ammetta (Mantel) la possibilità della persistenza, favorita dall'eccesso di pressione e spiegata colla frequenza di parti prematuri.

---

(1) WEBER. Lavoro citato, pag. 37.

(2) MANTEL. *Arch. de tocologie,* 1888, 1.° quadrimestre.

(3) VILLA. « Idramnios acuto. » *Annali di Ostetr. e Ginec.,* maggio, giugno e agosto 1891.

(4) GUZZONI. « Placenta previa, gravidanza gemellare, idramnios acuto » e l'osservaz. 1.ª nel lavoro « Di una modificazione, ecc., » pag. 765.

(5) PINZANI. *Rivista d'Ostetricia e Ginecologia,* 1890, citata.

Secondo questo concetto ancora l'anormale ampiezza della placenta, le tante volte verificatasi, che aumenta la superficie trasudante, non potrebbe influire direttamente sulla copia del liquido?

Il dott. Pazzi invece (1) all'appoggio delle sue due osservazioni cliniche e dell'esame macroscopico della placenta pensa, in via di pura ipotesi, che il momento causale del meccanesimo della emorragia per questi casi possa essere dato da momenti congestizii ed infiammatorii della placenta, primitivi o secondarii alle condizioni anormali dell'endometrio.

Le perdite in gravidanza vennero però poste in conto di altre cause; ed è prezzo dell'opera accennare anche alle teorie di Barnes e di Duncan.

Barnes Robert (2) paragonando l'inserzione previa a una gravidanza ectopica, nel più attivo sviluppo della placenta in confronto della regione uterina su cui si attacca, vuole la causa della emorragia favorita dalle epoche mestruali, appoggiando press'a poco l'opinione di Legroux sostenuta nel 1885 (3).

L'irritazione per un primo distacco parziale e la perdita di sangue conseguita determina insorgenza di contrazioni, retrazione del segmento ed ulteriore e più esteso distacco.

A questo proposito già scriveva Mangiagalli (4): « Per mio conto confesso come io non mi acconci così di subito ad accettare il meccanesimo della emorragia quale Barnes lo ha ideato, e troppo vaga mi paia quella affermazione che la placenta superi in certo qual modo di velocità, nel suo sviluppo, lo sviluppo del segmento inferiore destinato a ricettarla, e perciò se ne distacchi parzialmente producendo l'emorragia; nè mi piace in una teoria scientifica quel non so che di indeterminato, di teleologico, qualche volta di rettorico che essa presenta e quella parte di instabile e quasi di errabonda che si affibbia alla placenta. »

Bene osserva Pestalozza (5) che la sproporzione voluta da Barnes è una pura ipotesi, e che essa dovrebbe spiegare i suoi effetti anche in

---

(1) Pazzi. Lavoro citato.

(2) Barnes Robert. « Traité d'obstétr., » trad. Cordes, 1886, pag. 568.

(3) In Auvard, pag. 15.

(4) Mangiagalli. « Il quinquennio 1875-79 nella Clinica ostetrica di Milano, » 1881, pag. 242.

(5) Pestalozza. Art. « Placenta » nell' « Enciclopedia Vallardi » cit., pag. 39.

caso di inserzione normale, e non si è mai osservato poi che alle epoche catameniali sia più frequente l'emorragia da placenta previa.

Matheuw Duncan (1) pel fatto che in placente previe da lui osservate mancavano le caratteristiche lesioni riscontrate da Gendrin, e che ammessa vera la teoria dello Jacquemier le emorragie non si manifestavano costantemente in gravidanza, riferì la perdita alle seguenti condizioni:

1.° alla rottura dei vasi utero-placentali al livello e al disopra dell'orifizio interno dell'utero;

2.° alla rottura del seno marginale utero-placentare quando l'uno dei bordi della placenta è sull'orifizio interno o nelle vicinanze;

3.° alla separazione parziale della placenta per causa accidentale, shok, caduta, ecc.;

4.° alla separazione parziale della placenta, conseguenza di contrazioni uterine, che determinano una leggiera dilatazione dell' orifizio interno.

In altri termini, secondo l' opinione di Duncan, la placenta previa sarebbe una predisposizione all'emorragia accidentale, che si può verificare nei casi di inserzione normale dietro le cause ordinarie; ciò che non si può negare.

Una teoria simile però non soddisfa per una spiegazione generale, perchè bisognerebbe sempre ciecamente ammettere un momento causale o che ci è sfuggito, o che non abbiamo saputo trovare. Nè soddisfa pienamente la causa riferita alla contrazione uterina pel fatto che in generale la perdita si manifesta improvvisa, non accompagnata da dolori.

All' infuori di ciò però la contrazione uterina va tenuta nel debito conto. Se queste contrazioni avvengono, l'effetto è subito manifesto; un primo accenno di travaglio basta a indurre anatomiche modificazioni nell' utero gravido (2).

Con tutte le accennate ragioni portate innanzi da Duncan ci troveremmo però sempre imbarazzati per ispiegare nelle emorragie il carattere della facilità alla recidiva, a meno si pensi sempre a una ripetizione di una causa accidentale (ciò che in *via di eccezione* si può ammettere), e

---

(1) M. Duncan. « Mécanisme de l'accouchement normal et patologique. » Trad. Budin, 1876.

(2) Pestalozza citato. « Studi clinici, » pag. 217.

quanto alla contrazione che agisca provocando l'interruzione della gravidanza solo fino a produrre la prima perdita e che il parto poi s'arresti, per ripigliare più tardi lo stesso meccanesimo, coll'identico effetto, cosa che clinicamente non si osserva sempre.

* * *

Ora veniamo alle emorragie del travaglio.

Durante il travaglio del parto il segmento inferiore dell'utero se non si è già disteso negli ultimi tempi della gravidanza *in modo costante* si assotiglia e, retraendosi in alto, concorre alla scomparsa del collo e alla dilatazione della bocca uterina. Anche in questo momento abbiamo visto come possa insorgere emorragia per distacco di placenta pur inserita a forma centrale: ma è di preferenza la placenta a inserzione marginale o laterale, che nella maggior parte dei casi dà luogo a perdite, per quel movimento detto *de glissement* messo innanzi da Schroeder, movimento che avviene tra l'utero che s'innalza e l'uovo che si abbassa, dando luogo alla separazione di esso dalla parete uterina, distacco il quale normalmente avviene tra la caduca e la parete uterina e con una certa frequenza tra l'amnios e il corion.

A placenta inserita in modo previo il distacco avviene a tutte spese di essa, a meno che possa rimontare, se la separazione si fa tra l'amnios ed il corion; cosa che ha luogo eccezionalmente ed in misura limitata anche per ostacolo frapposto dalla inserzione del cordone (1).

Anche le opinioni di Barnes e di Duncan a spiegare le emorragie del travaglio; l'una sulla *retrazione in alto* del segmento inferiore, sull'*espansione* l'altra dello stesso segmento per foggiarsi a forma cilindrica, avrebbero qui un certo appoggio nel modo di comportarsi della parte bassa dell'utero, secondo le recenti interpretazioni anatomiche. Di fatto vi ha *retrazione* in alto provata dalla superficie di membrane distaccate maggiore dell'area della zona d'impianto per scorrimento dei piani muscolari longitudinali, ed espansione a spese delle fibre circolari costrette a cedere man mano a' piani paralleli ognora crescenti dall'ovoide fetale.

---

(1) SCHROEDER. « Trattato di Ostetricia, » pag. 662.

* * *

Pinard (1886) delle emorragie della *gravidanza* e del *travaglio*, dà la seguente spiegazione:

Il corion è solidamente aderente alla placenta; quando l'inserzione si fa sul segmento superiore o medio, la porzione di membrane che corrisponde all'orifizio uterino è abbastanza lontana dalla placenta, per modo che se si producono degli stiramenti in questo punto si ripartiranno su una grande estensione di membrane. Mentre se vi ha inserzione viziosa, la porzione di membrane che si estende dall'orifizio uterino alla placenta non ha che qualche centimetro di lunghezza; e allora due cose possono succedere: o la pressione intra-amniotica trionfa sulle membrane e queste si rompono, o il corion, essendo molto resistente non si rompe ed essendo fortemente aderente alla placenta, ne la trascina e la scolla.

Quando l' uovo si allunga, bisognerebbe vi fosse un parallelismo completo tra la parete uterina e le membrane; se la parete uterina può svilupparsi facilmente, la stessa cosa non può avvenire per le membrane, con estensibilità molto minore. Se la placenta occupa il segmento medio, l'estensibilità si produrrà su grande estensione, se occupa il segmento inferiore soltanto in piccolo tratto; allora la testa poggiando sulle membrane può scollare l' amnios in gran parte anche attorno al cordone, mentre il corion essendo resistente, specie vicino alla placenta, resisterà e si produrrà o un distacco della placenta o finalmente una rottura del corion, seguita da rottura dell'amnios.

Nel travaglio è press'a poco lo stesso meccanesimo; a inserzione viziosa parziale la poca distendibilità del breve tratto di membrane, la quale supporta gli stiramenti dati dal feto, scolla la placenta, salvo avvenga una rottura precoce del sacco, *frequentissima*, anche secondo Lacaille, in questi casi; a inserzione viziosa completa, e secondo noi *centrale*, non sono più gli stiramenti, ma il feto che agendo direttamente spinge la placenta avanti e la stacca (1).

I fatti clinici, come vedremo nella cura, non confermerebbero appieno le vedute di Pinard, puramente teoriche.

---

(1) Riprod. in DYLION. « De l' insertion vicieuse du placenta. » Paris, 1890, pag. 56.

* * *

Ed eccoci alle perdite nel periodo del secondamento e post-partum.

Cacciato il feto dall'utero il pericolo di un'emorragia non è cessato; o per inerzia di tutta la matrice frequente, trattandosi di donne in generale pluripare, deboli e anemiche, o per inerzia del segmento inferiore a cui la placenta è attaccata, pel suo comportarsi nella gravidanza, può darsi che il secondamento si faccia incompleto, favorito ancora in ciò dalle speciali condizioni anatomiche della placenta, che presenta spesso aderenze abnormi e un' ampia superficie.

Da libro a libro è trasmessa la credenza che siano più frequenti anche le emorragie post-partum.

Se vi è questa maggior frequenza è alle condizioni delle donne che si deve riferire, e non, come parrebbe, all'anormale impianto della placenta, perchè per quanto gli studi anatomici e clinici sul segmento inferiore abbiano dimostrato che esso, a parte qualsiasi spiegazione, si mostra floscio ed inattivo dopo il secondamento, circostanza che si mostrerebbe propizia all'emorragia, tuttavia per la anatomica disposizione dei vasi, ci interessano sovra tutto gli arteriosi, *coeteris paribus*, avvengono meno frequentemente.

Risulta infatti dalla descrizione di Hofmeier (1) confermata da altri osservatori, che il segmento inferiore non riceve che diramazioni dell'arteria uterina provenienti dal corpo dopo aver attraversato il cercine di contrazione; ora, se questo cercine dopo il parto è contratto, per mantenuta compressione dei vasi, non si verifica perdita. Non dobbiamo però dimenticare la gravità, talora fatale, di essa in questo tempo, che per quanto piccola, può essere, al dire di Charpentier (2) *la goccia che fa traboccare il vaso.*

(Continua).

---

(1) Hofmeier. « Verhand. der deusch. Gesel. f. Gynäkologie, » 1886, pag. 8.

(2) Charpentier. « Traité pratiq. des accouchements, » tom. II, pag. 455.

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI NAPOLI
diretto dal Senatore Prof. O. Morisani.

Operazioni complementari del taglio cesareo

STUDIO STORICO-CLINICO-CRITICO

DEL

Dott. FRANCESCO CARUSO
già Assistente nell'Istituto suddetto.

(Continuazione, vedi pag. 873 del 1892).

Ma una serie d'inconvenienti più o meno gravi vennero addebitati al trattamento extraperitoneale del peduncolo finora esposto, quali l'insorgere primario o secondario dell'emorragia, il rientramento brusco del moncone nel cavo addominale, l'infezione secondaria del peritoneo in seguito alla mortificazione delle parti strozzate del peduncolo, i dolori da stiramento, l'occlusione intestinale in causa di briglie cicatriziali, il tetano, la lunga durata della guarigione, la frequente urinazione per la impedita distensione dell'urocisti, il residuare di fistole parieto-cervico-vaginali, la produzione di ernie nel sito di fissazione del picciuolo, ecc. Epperò gli operatori furono indotti a tentare anche qui la via battuta già su vasta scala nell'ovariotomia e limitatamente nell'amputazione sopravaginale dell'utero non gravido, cioè a sostituire il trattamento intraperitoneale del peduncolo all'extraperitoneale. Il primo a tentare la prova fu il Litzmann (14. VI. 1878) (1), ma ebbe un insuccesso. I casi posteriori di G. Veit, Taylor, Heusner non ebbero sorte migliore. A principio gli operatori si contentarono, generalmente parlando, di legare il moncone in massa o in due o più porzioni. In seguito cercarono di perfezionare il manuale operativo mettendo a profitto dell'amputazione utero-ovarica

(1) « Beitrag zur Statistik des Kaiserschnittes nach Porro. » *Centralbl. für Gynäk.*, 1879, N. 1.

cesarea quanto si era sperimentato e si sperimentava nel trattamento intraperitoneale del picciuolo nel campo puramente ginecologico.

G. Braun propose di trattare il peduncolo con un processo analogo a quello che il Klotz, previi esperimenti sugli animali, aveva pensato di adoperare nelle isterectomie sopravaginali per fibromi, consistente nell'escidere la cervice uterina a forma di cono, e, dopo di aver chiusa l'apertura del canal cervicale con punti di sutura, nel riunire le superficie di taglio mercè punti profondi e superficiali, questi ultimi destinati a ravvicinare i margini peritoneali (1).

Welponer, manifestato l'avviso che l'affondamento del moncone conviene meglio alle esigenze del trattamento antisettico, perciocchè il picciuolo presenta una porta sempre aperta all'entrata dei prodotti settici, commendava (2) il procedimento di cui lo Schröder si era servito con successo nell'amputazione sopravaginale dell'utero per mioma e che aveva fatto conoscere per la prima volta alla riunione dei naturalisti e medici tedeschi in Cassel nel 1878 (3).

Il primo successo nella pratica dell'affondamento del moncone si deve a G. Veit (4), il quale, previa allacciatura dei legamenti larghi in due porzioni su ambo i lati, trattò il picciuolo su per giù secondo il processo Schröder, che è analogo a quello che da G. Braun venne attribuito al Klotz.

---

(1) « Ueber Amputation des Uterus und der Ovarien als Ergänzung des Kaiserschnittes. » *Wien. med. Woch.*, 1879, N. 16, p. 429-31. Però l'A. in due casi occorsigli nell'anno 1882, nei quali esperì il governo intraperitoneale, non adoperò questo processo, sibbene allacciò il peduncolo con numerose legature, previo schiacciamento dello stesso per mezzo di clamp modello Gersuny, e trattò la superficie di taglio col termocauterio. L'esito infausto avutosi in entrambi i casi consigliò al Braun di abbandonare il trattamento intraperitoneale. (C. Fuerst. « Klin. Mittheil. über Geburt u. Wochenbett etc. » Wien, 1883, p. 65-66).

(2) Loco cit.

(3) Questo processo consiste nel passare un ago armato di un cordoncino di seta a doppio attraverso il collo nella regione dell'orificio interno, nell'allacciare il collo in due porzioni, nello escidere l'utero « come una fetta da un cocomero », da avere come una specie di doccia della foggia di un cuneo diretta in senso trasversale, e finalmente nel suturare il lembo anteriore col posteriore. (*Arch. f. Gynäk.*, Bd. XIII, p. 468). Nella riunione poi di Baden-Baden nel 1879 l'A., allo scopo di assicurare meglio l'emostasi nei casi di peduncolo voluminoso, modificò alquanto il suo processo, sostituendo alla legatura segmentata l'allacciatura isolata delle arterie utero-ovariche ed uterine. (*Arch. f. Gyn.*, Bd. XV, p. 271).

(4) Lewis. « Beitrag zur Statistik des Kaiserschnittes mit Excision der Gebärmutter. » *Centralbl. für Gynäk.*, 1881, N. 9.

Zweifel aveva riportato invece un insuccesso nell'operazione in data del 31 giugno 1880. Pigliando le mosse da questo caso, in cui già esisteva decomposizione del contenuto uterino, l'A. cercò d'indagare la cagione degli accidenti mortali sopravvenuti in una maniera quasi costante nelle operate col governo intraperitoneale del moncone. All'uopo amputò il corno gravido in cagne, e nel moncone residuale, al di sotto di una sutura a strati, imprigionò un pezzo di placenta putrefatta. Due animali trattati in questa guisa soccomberono l'uno al 6.º, l'altro al 40.º giorno d'infezione purulenta. Dai quali esperimenti Zweifel trasse la conclusione potersi l'infezione far strada attraverso il canal cervicale nel cavo addominale (1).

A questo punto va ricordata la proposta di Schlemmer, contenuta in quel lavoro che levò tanto rumore, cioè della costrizione intraperitoneale del moncone da farsi con un serranodi molto ingegnoso da lui ideato, la quale, al dire dell'A., avrebbe il vantaggio di permettere la facile rimozione del laccio costrittore *per vaginam,* non appena il pericolo dell'emorragia fosse scongiurato, e ciò senza ulteriore penetrazione nel cavo peritoneale (2).

Kabierske jun. nell'operazione in data del 15. I. 1883, coronata da successo (3), facendo ricorso alla pratica dell'affondamento, cucì a strati le due superficie di taglio, previo arrovesciamento del peritoneo fra esse, applicando così al trattamento intraperitoneale del moncone in caso di operazione Porro la sutura simperitoneale raccomandata dal Sänger per la sintesi della ferita cesarea, non che per la stessa amputazione utero-ovarica cesarea (4), e adoperata dal Leopold nell'amputazione sopravaginale dell'utero fibromatoso (5) in sostituzione dell'affrontamento della sierosa in maniera lineare usato da Schröder. In modo analogo operarono in seguito Sänger-Donat, Milton, ecc.

---

(1) « Zur Discussion über Porro's Methode des Kaiserschnittes. » *Arch. für Gynäk.*, Bd. XVII, Hft. 3, p. 355, 1881.

(2) « Die Porro-Operation, oder die neue Kaiserschnitt-Methode nach Porro und ihre moralischen Grenze. » Stuttgart, 1881. Pel trattamento estraperitoneale Schlemmer propose lo stesso serranodi, di cui dava la figura in fine della memoria.

(3) « Eine Sectio caesarea nach Porro mit intraperitonealer Stielversorgung. » *Centralbl. für Gynäk.*, 1883, N. 18 e 19.

(4) « Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen, etc., » p. 191.

(5) « Dreissig Laparotomien. » *Arch. für Gynäk.*, 1882, Bd. XX, Hft. 1.

A. Martin, altro strenuo propugnatore della pratica dell' affondamento, nel suo caso del 24 marzo 1883, parimenti seguito da esito favorevole (1), fece l'applicazione del drenaggio profilattico dello spazio di Douglas. Il tubo a drenaggio foggiato a T, mercè una pinza da polipo, previa perforazione del fondo del Douglas e del fornice posteriore, venne condotto dalla vagina nella cavità addominale.

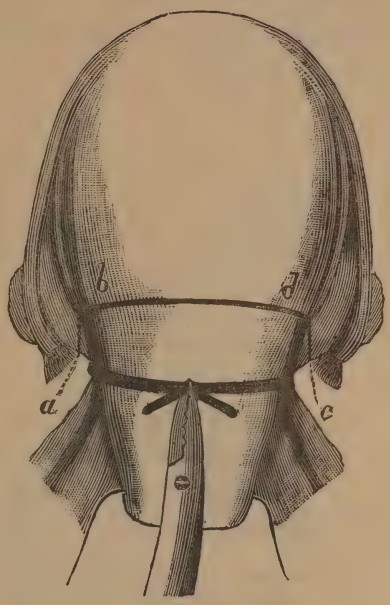


Fig. 2. — **Processo Schröder**
(disegno schematico).

Il laccio costrittore cade sui ligamenti infundibulo-pelvici — *a b, c d*. Linea di recisione di questi ligamenti e dei larghi — *b d*. Linea di amputazione dell' utero. In questa figura e nella successiva si suppone la ferita cesarea.

Allettati dal fausto risultato ottenutosi nei casi di G. Veit, Kabierske e Martin, ed incoraggiati d' altro canto dai successi conseguitisi nelle isterectomie sopravaginali per mioma, parecchi operatori (Streng, Hofmeier, Frattina, Treub, Franzolini, v. Ott, Wyder, ecc.), si diedero in seguito a sperimentare la pratica dell' affondamento del picciuolo, per lo più ricorrendo al processo Schröder, su per giu secondo le ultime modifiche apportatevi dall'A. (2), che è quanto dire facendo:

1.° l' applicazione del laccio elastico attorno all'istmo uterino per ottenere la emostasia preventiva. Il laccio venne applicato ad utero per lo più integro (Fig. 2);

---

(1) Comunic. dell'Op. alla Soc. di Ostetricia e Ginecologia di Berlino nella tornata del 22 giugno 1883. *Centralbl. für Gynäk.*, 1883, N. 36.

(2) Tali modifiche furono comunicate da Schröder alla riunione dei naturalisti e medici tedeschi a Salzburg nel settembre 1881. *Arch. für Gynäk.*, Bd. XVIII, pag. 478. — Vedi anche la comunicazione dell'A. alla Società Ostetrico-Ginecologica di Berlino nella tornata del 14. II. 1892. (Loehlein. « Bericht über die Verhandl. der Gesellsch. für Geburtsh. und Gynäk., zu Berlin. » *Zeitschr. für Geburtsh. u. Gyn.*, Bd. IX, Hft. 1, pag. 10).

2.° la duplice allacciatura dei ligamenti larghi e la loro recisione in mezzo alle doppie allacciature. Nei casi di miomi sviluppatisi al di sotto del punto d'impianto degli annessi, questo 2.° tempo dell'operazione si fece precedere al 1.°, legandosi su ciascun lato prima il legamento infundibulo-pelvico e con esso i vasi spermatici e poi il legamento rotondo (Fig. 3);

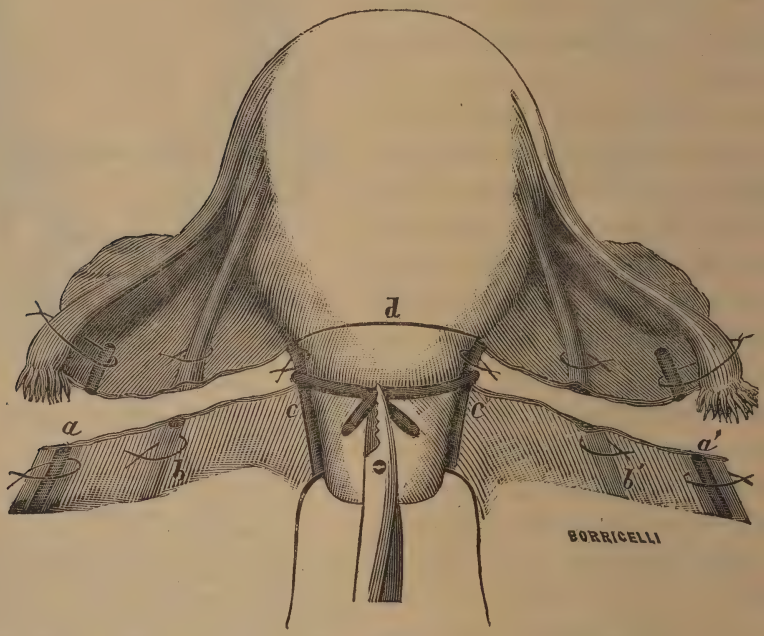


Fig. 3. — **Processo Schröder** (disegno schematico).

Il laccio elastico viene applicato dopo la recisione dei ligamenti infundibulo-pelvici e larghi. — *a a'*. Arterie utero-ovariche — *b b'*. Legamenti rotondi — *c c'*. Arterie uterine.

3.° l'allacciatura isolata dell'arteria uterina;

4.° l'escissione cuneiforme dell'utero (Fig. 4) a 5 cent. circa dal laccio elastico, cominciando dal riunire avanti e indietro fra di loro le due incisioni dei ligamenti larghi, interessando dapprima solo il peritoneo, e, dopo la retrazione di questo, lo strato muscolare;

5.° la legatura isolata dei grossi vasi beanti sulla superficie di ta-

glio; la causticazione del canal cervicale con soluzione carbolica (10 0[0), o col termocauterio del Paquelin; e la sutura del moncone d'avanti indietro in diversi piani (etagennaht) (Fig. 4), l'ultimo dei quali destinato ad affrontare il peritoneo in modo lineare (Fig. 5);

6.° la cucitura delle due pagine del legamento largo (Fig. 5);

7.° la rimozione del laccio elastico e l'applicazione di qualche punto di sutura in massa in caso di fuoriuscita di sangue dalla superficie del picciuolo.

Se non che alcune altre varianti ed aggiunte sono state fatte a questo processo, quali:

la formazione di due lembi laterali in guisa da risultare una sutura diretta in senso antero-posteriore;

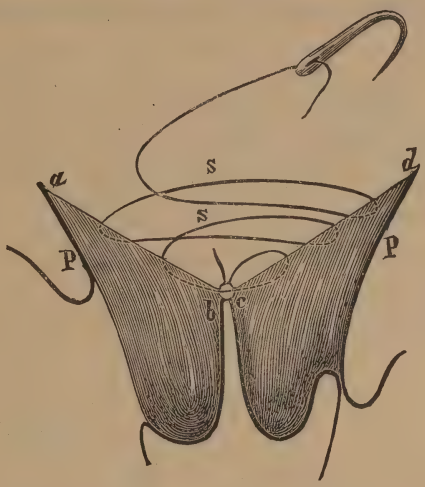


Fig. 4. — **Governo del peduncolo nel processo Schröder** (disegno schematico).

a b c d. Superficie di taglio — *s s.* Sutura a strati — *P P.* Peritoneo.

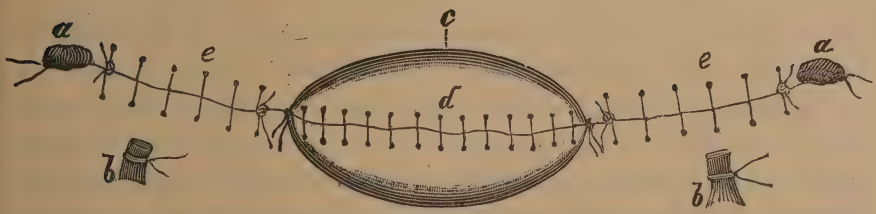


Fig. 5. — **Processo Schröder.** Peduncolo e legamenti larghi visti dall'alto (disegno schematico).

a a. Peduncoli dei ligamenti infundibulo-pelvici contenenti i vasi spermatici — *b b.* Legamenti rotondi — *c.* Peduncolo uterino — *d.* Sutura a sopraggitto del peritoneo del moncone — *e e.* Suture a sopraggitto delle due pagine dei legamenti larghi.

l'asportazione della mucosa cervicale previa disinfezione o cauterizzazione, e la sutura a parte del canal cervicale;

la cucitura del moncone con punti profondi, comprendenti peritoneo e muscolare, e superficiali (Wyder ed altri);

la legatura del picciuolo in due, come complemento della sutura a strati, secondo il modo di fare di Martin (Bossi).

Zweifel, convinto che il processo Schröder non vale ad assicurare certamente la emostasi, specie quando il tessuto del moncone è molto stivato e ricco di vasi, propose anche per l'amputazione utero-ovarica cesarea (1) il processo d'affondamento del peduncolo da lui ampiamente esperito nell'amputazione sopravaginale dell'utero miomatoso (2), consistente principalmente in una specie di legatura a catena applicata a traverso i legamenti larghi e l'utero (fortlaufende Partienligatur — li-

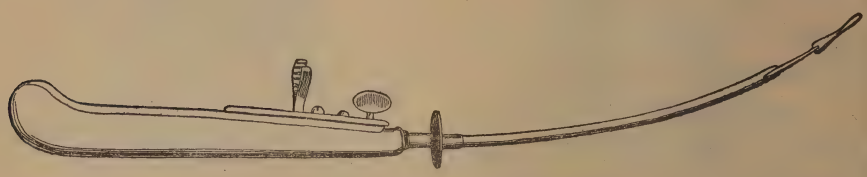


Fig. 6. — Ago a corsoio a punta smussa, modello Zweifel (disegno schematico).

gatura partialis continua). L'unica volta, per quanto io mi sappia, in cui Zweifel ebbe occasione finora di sperimentare questo processo fu nell'operazione in data 14 ottobre 1889, alla quale mi fu dato di assistere, e che ebbe un esito favorevole (3). Ecco in che modo si procedette da questo operatore: dopo l'apertura del ventre e lo sgusciamento dell'utero integro, mercè un ago a corsoio a punta ottusa (Fig. 6) armato d'un filo di seta lungo 45 cent. circa, venne trapassato, cominciando dal

(1) « Lehrbuch der Geburtshülfe etc. » Stuttgart, 1889, p. 733 e seg.

(2) V. la comunic. dell'A. alla seconda riunione della Soc. tedesca di Ginec. tenutasi in Halle nel maggio 1888. *Arch. für Gynäk.*, 1888, Bd. XXXII, Hft. 3; e la monografia dello stesso: « Die Stielbehandlung bei der Myomectomie. » Stuttgart, 1888.

(3) « Ein Fall von Osteomalacie, modificirter Porro-Kaiserschnitt, geheilt. » *Centralbl. für Gynäk.*, 1890, N. 2.

lato sinistro, il legamento infundibulo-pelvico da avanti in dietro alla distanza di un paio di cent. dal margine libero di questo, e il filo rimosso dalla cruna dell' ago (Fig. 7, *a a*) dopo di essersi spinto in avanti il corsoio. I due estremi del filo vennero imprigionati in un klemmer per evitare qualsiasi avviluppamento dei fili. Nella cruna dell'ago, ancora in sito, fu situato un secondo filo che venne passato di dietro in avanti nello stesso tragitto, ritirando lo strumento. Indi, senza togliere il filo dall'ago, venne passato questo di nuovo attraverso il legamento largo d'avanti in dietro alla distanza di circa 2 cent. dal primo tragitto, e, rimosso il filo

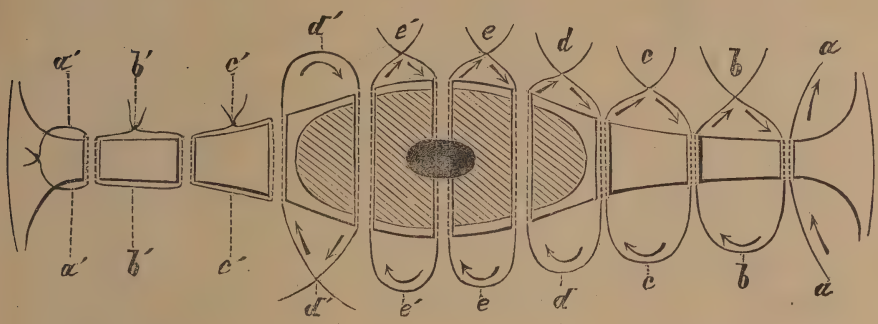


Fig. 7. — Processo Zweifel (disegno schematico).

Ligatura partialis continua del ligamenti larghi e del collo. I fili passati attraverso il legamento largo destro sono annodati.

dalla cruna dell'ago, se ne affidarono parimenti i capi ai morsi di una pinzetta a pressione (Fig. 7, *b b*). Nello stesso modo si applicarono un terzo (*c c*) ed un quarto filo (*d d*), quest'ultimo in prossimità dell'istmo; dopo di che vennero allacciati i primi tre fili, facendosi rimaner liberi i capi del quarto. Con lo stesso procedimento si passarono quattro altri fili dall'altro lato, si fecero del pari tre allacciature (*a' a'; b' b'; c' c'*), e si lasciò anche qui il quarto filo (*d' d'*) con un capo libero innanzi e l'altro indietro. Ciò fatto, recisi i ligamenti larghi quasi un cent. in sopra delle allacciature fino in vicinanza dei due fili lasciati senza annodare, venne applicato attorno alla cervice uterina un laccio elastico da servire per l' emostasi profilattica. A questo punto fu inciso l' utero ed estratto il feto che era morto da poco. L' utero con gli annessi fu amputato pa-

rallelamente al di sopra del laccio elastico, lasciando però avanti e indietro due manichetti peritoneali, da servire più tardi per la covertura del moncone. Poscia il canal cervicale fu disinfettato con soluzione di sublimato, le sue pareti trasformate in escara col termocauterio ed escisse.

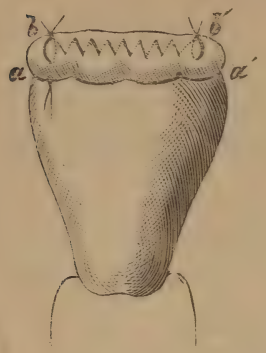


Fig. 8. — Governo del peduncolo nel processo Zweifel (disegno schematico).

a a'. Ligatura partialis continua — *b b'*. Sutura siero-sierosa a sopraggitto.

Si fece quindi la legatura della cervice in quattro porzioni, servendosi per la prima allacciatura del filo passato in antecedenza attraverso il legamento largo sinistro e non annodato, il cui capo anteriore mercè l'ago a corsoio a punta acuta di Bruns venne passato attraverso il collo, proprio sotto la superficie di taglio del moncone (*d d*); si applicò poi con lo stesso tecnicismo che per i legamenti larghi un secondo (*e e*) ed un terzo filo (*e' e'*), ed infine si adibì alla quarta allacciatura il filo rimasto a destra non annodato, il cui capo posteriore fu portato attraverso il collo da dietro in avanti (*d' d'*). Annodati e recisi anche questi fili, venne rimosso il laccio elastico e si praticò la sutura a sopraggitto dei due lembi peritoneali con catgut dopo averli arrovesciati in dentro (Fig. 8).

A dire dell'A. questo processo avrebbe i seguenti vantaggi:

1.° di escludere completamente il pericolo di un'emorragia ed anche di uno stillicidio sanguigno dal peduncolo;

2.° d'impicciolire il più possibilmente il moncone;

3.° di proteggere la cavità addominale contro l'infezione primaria e secondaria avente come punto di partenza il peduncolo;

4.° di evitare, mercè la sutura siero-sierosa, le aderenze delle anse intestinali col moncone.

Martinetti, nell'operazione in data del 25 novembre 1889, affondò il peduncolo attenendosi su per giù al processo già adoperato e raccomandato da Olshausen per l'amputazione sopravaginale dell'utero miomatoso, consistente nell'uso del laccio elastico come mezzo di emostasi

definitiva (1). Martinetti, dopo aver sperimentato l'uso del laccio elastico negli animali ed essersi persuaso che l'azione del medesimo nel peritoneo non è tale da produrre suppurazione, alla condizione che il laccio sia asettico (2), nel caso citato trapassava il moncone con un grosso ago del Deroubaix armato d'un cordoncino elastico a doppio, e, divisa l'ansa in due, si serviva di ciascuna metà per stringere metà del peduncolo, ritorcendo l'uno sull'altro i due capi tangenzialmente al moncone e mettendo una legatura con filo di seta nel punto di torsione. (In modo analogo il Tibone aveva già legato il picciuolo, come fu detto, facendo il governo extraperitoneale). Siccome per la flaccidità del tessuto del moncone, largo e poco alto, i lacci elastici avevano tendenza a scivolare in sopra, l'Op. appose 4 punti con fil di seta comprendenti tessuto uterino e lacci; fece il raschiamento del canale cervicale (3), e causticò infine la superficie di taglio del peduncolo col termocauterio. Secondo l'A., nessun altro materiale di legatura assicura meglio del caoutchouch dal pericolo dell'emorragia e dell'infezione; inoltre il processo descritto avrebbe il pregio della semplicità e rapidità nell'esecuzione (4).

Nello stesso modo operava il Negri nel caso occorsogli il 15. XI. 1891.

Però, prima del Martinetti, Sänger (2 ottobre 1882) aveva affondato il peduncolo circondandolo alla base di un laccio elastico nel caso di gra-

---

(1) « Zur Myotomie und Amputatio uteri supravaginalis. » *Deutsch. Zeitschr. für Chirurgie,* Bd. XVI, Dec. 1881.

(2) « Alcune esperienze sul laccio elastico nel governo intraperitoneale del peduncolo. » *Annali di Ostetricia,* 1888, dove sono riportate anche due esperienze di Fermi al riguardo. — Esperienze analoghe sugli animali erano state già fatte da Kasprzik e da Löwenhardt. Il primo dimostrò che pezzi di tubo elastico disinfettati, abbandonati nel cavo peritoneale, vengono circondati da false membrane senza dar luogo a suppurazione; e che peduncoli uterini possono esser legati strettamente con laccio elastico senza il pericolo che questo recida i tessuti. (« Zur intraperitonealen Stielversorgung bei Uterusfibromen und zur partiellen Extirpation von Organen und Geschwülsten der Uterushöhle mittelst elastischer Ligaturen, etc. » *Berl. klin. Woch*, 1882, N. 12). Il secondo giunse alla conclusione, essere la legatura elastica per sè un materiale indifferente: egli oltre a ciò vide pezzi di tessuto, strozzati nella legatura, in dati casi continuare a nutrirsi. (« Versuche über das Schicksal und die Wirkungsweise elastischer Ligaturen in der Bauchhöhle. » Hallenser Dissert. *Centralbl. f. Gyn.*, 1884, N. 16).

(3) Olshausen (loco citato e *Klinische Beiträge zur Gynäkologie,* 1884) aveva invece raccomandato in modo speciale, di escidere più o meno in modo imbutiforme le pareti del canal cervicale e suturarne a parte la cavità, allo scopo di toglier di mezzo il pericolo dell'infezione secondaria attraverso il canal cervicale.

(4) « Il laccio elastico nel governo intraperitoneale del peduncolo. » *Annali di Ostetricia, ecc.*, 1889.

vidanza nel corno sinistro atresico d' un utero bicorne; ma Sänger fece anche la sutura in superficie delle due pagine sierose del peduncolo (1).

Stando all'ordine cronologico con cui i vari processi sono stati tradotti in pratica, viene quello dell'arrovesciamento o inversione del peduncolo.

La storia di questo procedimento comincia col Porro, cui balenò per la prima volta la idea di amputare l' utero dalla via della vagina dopo di avervelo arrovesciato, idea che l'illustre ostetrico scartò subito in vista dei seguenti inconvenienti: minore facilità di sorvegliare e medicare il moncone; predisposizione ad un' ernia pelvica e al cistocele; difficoltà di canalizzare col drenaggio il cul di sacco del Douglas, costituendo l' imbuto formato dal moncone arrovesciato il punto più declive, il quale sarebbe stato un ricettacolo per la marcia o pei liquidi (2).

Il Giordano, di Torino, nel 1878 ed anche il Chiesa ventilarono la medesima idea, ma la respinsero del pari (3).

Wasseige propose un' altra specie di arrovesciamento dopo fatta l'amputazione utero-ovarica, consistente nell'aprire la volta vaginale posteriore e nel far passare il moncone in vagina, fissandolo in questa località (4).

Pericle Sacchi venne nell'istessa idea del Porro, cioè dell'amputazione dell'utero dalla via della vagina, previo artificiale rovesciamento di quello in questa attraverso il canal cervicale; e pur riconoscendo essere tale pratica tutt'altro che facile e scevra di pericoli (stante l'eventuale emorragia concomitante), fu d'avviso potersi la medesima tentare in casi determinati e forse con profitto, ottenendosi con essa i vantaggi del peduncolo abbandonato nell' addome senza averne gl' inconvenienti (5).

---

(1) *Centralbl. für Gynäk.*, 1883, N. 20.

(2) Loco cit., p. 26-28.

(3) V. nota del prof. Chiara ai lavori di P. Sacchi e Bompiani in *Annali di Ostetricia, ecc.*, 1880 e 1881, a p. 275 e 611.

(4) *Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, 1878, Tom. XII, serie 3.ª, N. 5. — Meinert (*Wien. med. Woch.*, 1885, N. 42) fece la stessa proposta e la tradusse in atto, in un caso, nel trattamento del peduncolo nell'isterectomia sopra-vaginale per fibroma; la prima idea, però, ne appartiene al Wasseige.

(5) « Alcune osservazioni ostetriche: 1. Ovaro-isterotomia cesarea. » *Annali di Ostetricia, ecc.*, 1886, p. 275-76.

Bompiani faceva riflettere non potersi effettuare il processo del Sacchi, buono nel concetto, ma erroneo nell'atto; doversi, invece dell'utero, rovesciare il collo in vagina, dopo l'amputazione della matrice e l'assicurazione dell'emostasi. Ed all'uopo proponeva un suo processo, consistente nella segmentazione del peduncolo in quattro porzioni isolate, mercè appositi strumenti di propria invenzione (ago-coltello, ago da materassaio), e nel rovesciamento di queste in vagina per mezzo di trazioni esercitate sui quattro lacci costrittori, previamente passati attraverso la cervice, e con l'aiuto di dolci pressioni fatte con la mano dalla via del ventre (1). L'A. trovava indicato questo processo nei casi di collo cortissimo, e principalmente in quelli di rottura dell' utero con passaggio del feto nell'addome ed impossibilità assoluta della sua estrazione per la vagina.

Chalot, dopo di aver discussa la quistione del trattamento extra ed intraperitoneale del picciuolo, e sotto il punto di vista anatomico e dal lato clinico, per togliere di mezzo gl' inconvenienti inerenti all'uno e all'altro procedimento propose, come modifica del governo intraperitoneale, la legatura elastica bilaterale del peduncolo e la inversione seguita da doppia sutura dello stesso (2). Ecco in che modo secondo l'A. si dovrebbe procedere: fatta l'incisione dell'utero a foggia di un T rovesciato, estratto il feto ed applicato il laccio elastico per l'emostasi preventiva, si escidono l'utero (ad imbuto) i legamenti rotondi e larghi. Si passa un cordone di caoutchouch, largo 3 mill. e lungo 40 cent., ovvero un ago Pean fisso in manico, dalla cavità uterina verso la faccia peritoneale posteriore, attraverso la parete posteriore dell'utero, 1 cent. in dentro dell'angolo sinistro del moncone uterino ed 1 cent. in sotto della superficie di taglio, e poi lo si conduce a semicerchio attorno all'angolo del moncone in guisa da abbracciare le tre arterie, uterina, tubo-ovarica e funiculare; s' infossa l'ago attraverso la parete anteriore dell'utero in un punto corrispondente alla prima trasfissione, però in senso inverso,

---

(1) *Bollettino dell'Associazione Lancisiana degli Ospedali di Roma,* Anno I, 1880-81, pag. 26; e « Due ooforo-isterectomie cesaree eseguite dal prof. Pasquali e proposta di modificazione al processo Porro. » *Annali di Ostetricia, ecc.,* 1881, p. 594-614.

(2) « Du pédicule dans l'opération de Porro. Traitment intrapéritoneal par la ligature élastique et l'inversion du moignon. » *Annales de Gynéc.,* août 1883.

cioè dalla faccia peritoneale anteriore verso la cavità uterina: i due capi del cordone vengono così ad essere liberi dalla parte di questa cavità. Indi, stirati al maximum i due capi con la mano sinistra, mentre la destra applicata sul peduncolo opera la contro-estensione, si fissano i due capi del tubo contro la parete interna dell'utero, abbracciandoli in un anello di piombo da schiacciarsi su di essi con una robusta pinza. In tal modo, assicurata perfettamente l'emostasi dal lato sinistro, grazie alla tensione permanente dell'ansa elastica, molto adatta a seguir l'utero nella sua involuzione, si esegue la stessa operazione in corrispondenza dell'angolo destro del moncone. Rimosso il laccio elastico e completata l'emostasia, in caso di bisogno, con la forcipressura o con legature perdute, si aggruppano i capi dei cordoni elastici di ambo i lati mediante legatura con fil di seta applicata ai loro estremi, si fanno passare i due fasci risultanti attraverso il canal cervicale portandoli fino alla vulva, e s'introflette nella cavità della cervice, esercitando trazione sui due fasci, tutta la circonferenza libera del peduncolo per un'altezza di 2 1[2-3 cent. Infine, ad ovviare che le parti arrovesciate possano estroflettersi, si applicano dei punti di sutura profondi al di sotto del livello dell'inversione, e dei punti superficiali nell'intervallo fra i primi e agli angoli del moncone per favorire la riunione per prima intenzione delle pagine peritoneali. L'A. opinava che il processo da lui ideato rispondesse alle seguenti condizioni: 1.° di permettere l'emostasi facile e completa; 2.° d'impedire la penetrazione dei lochi nella cavità peritoneale; 3.° di evitare la gangrena del moncone; 4.° di essere di facile esecuzione, senza richiedere l'uso di speciali strumenti.

Dopo 4 insuccessi avuti, 2 col governo estraperitoneale e 2 con l'affondamento, Heusner pensava di ricorrere anche egli all'inversione del peduncolo, immaginando un processo molto analogo al precedente (1). Ottenuta la emostasi profilattica col tubo elastico, amputato l'utero a 3 traversi di dito al di sopra e disinfettata la superficie interna del peduncolo soprastante al laccio per mezzo del raschiamento e della causticazione al cloruro di zinco, si passa un ago munito di un robusto filo di seta attraverso il tessuto uterino dalla superficie peritoneale alla

(1) « Ueber eine Modification des Porro'schen Kaiserschnittes. » *Centralbl. f. Gynäk.*, 1883, N. 42.

mucosa ad 1 cent. circa al di sotto della superficie di taglio, e poi si ripassa lo stesso ago e il medesimo filo ad 1 cent. di distanza dalla prima trasfissione attraverso la parete uterina, ma in senso inverso, cioè dalla superficie mucosa alla sierosa, in guisa che annodando i due capi del filo si ottiene l'emostasi definitiva della zona di tessuto abbracciato dall'ansa. Tali legature vanno applicate in numero di 10-12 attorno attorno, badando di comprendere in quelle piazzate a destra ed a sinistra del moncone i legamenti larghi, sui quali per maggiore sicurezza si possono apporre altre allacciature. Indi, rimosso il laccio elastico, si passano i fili in vagina e si procede all'inversione del picciuolo mediante modica trazione sugli estremi dei fili e pressione manuale dall'alto; la larga apertura ovale dell'imbuto d'inversione viene chiusa mercè punti di sutura con catgut.

King suggerì di ottenere l'arrovesciamento applicando prima una serie di legature sul peduncolo in modo da ravvicinare il peritoneo alla mucosa, e da stringere così il tessuto intermedio, e esercitando poi delle trazioni sui fili costrittori dopo averli passati in vagina (1).

E. Hubert descrisse allo stesso scopo il processo seguente (2): ad utero flaccido e collo aperto, premendo sul fondo della matrice si arrovescia questa nell'escavazione e la si fa uscire dalla vulva. Una volta spinto l'utero fuori dei genitali, lo si stringe nel punto di riflessione del corpo sul collo con due o tre giri di un tubo di caoutchouch, il quale si annoda ed il nodo si fissa con un filo di seta, e si amputa il sacco uterino contenente le trombe, gli ovarii ed i legamenti ad un grosso traverso di dito sotto della legatura; si tocca la superficie di sezione con percloruro di ferro, e si respinge il peduncolo nel bacino al posto che deve occupare. Oltre i vantaggi ai quali il Sacchi aveva già accennato, questo processo, secondo l'A., permetterebbe il sicuro e facile deflusso delle secrezioni del collo, le quali si possono neutralizzare con iniezioni antisettiche, ed assicurerebbe l'emostasi secondaria, grazie alla continuità di azione della legatura elastica, la quale finirebbe per essere

---

(1) « Inversion of the cervical stump in Porro's operation. » *Amer. Journ. of Obst.*, April 1884, N. 4, vol. XVII, p. 348.

(2) « Cours d'accouchements professé à l'Université catholique de Louvain, » 3.ª édit., 1885, t. II, pag. 188.

espulsa in capo ad una diecina di giorni, dopo di aver dato a tutte le arterie il tempo di obliterarsi.

Duchamp, che anche si pronunziava a favore dell'inversione del moncone, voleva che si arrovesciasse l'utero con una mano introdotta attraverso il canale vagino-uterino, uncinando con le dita i margini della ferita cesarea, in quella che l'altra mano coadiuva potentemente la manovra dalla via dell'addome, e dava, al pari di Hubert, la preferenza al laccio elastico per la legatura del collo (1).

J. Bartlett, altro fautore del processo dell'inversione, preferiva di produrre questa mercè una pinza ad uncini lunga e ricurva passata attraverso la vagina e conficcata nel fondo della matrice; ed invece della legatura elastica per la strettura del collo commendava la metallica (2).

Il primo a tradurre in atto sulla donna vivente l'arrovesciamento del peduncolo fu Frank, di Colonia. L'operazione fu eseguita il 9 luglio 1888 (3) col seguente manuale operativo analogo a quello proposto da King: stretto il laccio elastico attorno all'istmo ed amputato l'utero in modo cuneiforme 5 cent. al di sopra dell'orificio interno, vennero applicati dall'esterno all'interno attraverso la sierosa, la muscolare e la decidua 12 punti di sutura tutto attorno al collo ed annodati in guisa da riunire il margine sieroso col deciduale, ricuoprendo così la superficie di taglio con la sierosa. I fili, lasciati lunghi, furono condotti attraverso la vagina fuori della vulva per mezzo di una pinzetta; e con trazioni esercitate su di essi si operò, non senza incontrare una certa difficoltà, l'inversione del picciuolo. Onde impedire l'extroflessione di questo, furono applicati due punti di sutura con robusto filo di catgut attraverso l'infundibulum risultante dall'arrovesciamento; e, a fine di proteggere la cavità addominale contro l'infezione secondaria, anche nel caso di una successiva estroflessione del moncone, venne riunita al di sopra dell'imbuto la sierosa pelvica in senso trasversale mercè punti con catgut. In un secondo caso

---

(1) « Opération césarienne suivie de l'amputation par le vagin du pédicule artificiellement inversé. » *Loire médicale,* 15 april 1886.

(2) « A proposed modification of Porro's operation. » *Journ. of Amer. med. Assoc.,* 2 Octob. 1886.

(3) Fin dal 1881 questo A. aveva sperimentato con successo sulle cagne un processo d'inversione del peduncolo analogo a quello di Heusner, proponendolo pei casi di amputazione utero-ovarica cesarea a causa di miomi del corpo dell'utero in sostituzione dell'operazione Porro genuina. (« Beitrag zur Lehre von Sectio caesarea. » *Centralbl. für Gynäk.,* 1881, N. 25; e *Nachtrag,* Ibid., 1882, N. 2).

Frank, ammaestrato dal precedente, passò i fili separati in due metà attraverso il canale vaginale all'esterno, ed eseguì l'inversione del peduncolo prima per la metà anteriore dello stesso e poi per la posteriore; l'inversione avvenne in maniera estremamente facile, ed il moncone si lasciò trarre così in basso da permettere al davanti della vulva l'applicazione su di esso di 2 punti di sutura. Per assicurare la chiusura peritoneale, fu riunita la sierosa al di sopra del picciuolo a somiglianza di una borsa da tabacco. Beaucamp, che riferì questi due casi (1), dopo aver ripetuti a favore dell'inversione del peduncolo tutti gli argomenti già addotti a favore di essa, fece notare che l'arrovesciamento può essere praticato in ogni caso, anche prima dell'inizio del travaglio, alla condizione che non esista completa atresia delle vie destinate al passaggio del feto, e conchiuse col dire di aver fornita la prova che la pratica in esame non pure è eseguibile (2), ma è eziandio capace di dare buoni risultati. Successivamente Frank cercò di semplificare il manuale operativo: tralasciò dapprima la sutura del peritoneo a mo' di borsa di tabacco, operando pel resto come ne' casi antecedenti; poscia, come si era proposto di fare nella sua comunicazione al Congresso internazionale di Berlino nel 1890 (3), semplificò ancora di più la sua condotta, in quanto che, aperto l'utero sul fondo in direzione trasversale, applicate attraverso i margini dell'incisione 4 forti legature onde servirsene come mezzo di trazione, ed asportati gli ovarii, invertì l'utero tutto intiero amputandolo fuori dei genitali, previa applicazione di un laccio elastico. Finalmente nell'ultimo dei suoi casi pubblicati (4) Frank volle risparmiare anche il tempo impiegato nei precedenti per fare la castrazione; ed invertito l'utero insieme con gli ovarii, amputò questi e quello al di qua del laccio elastico ed applicò al di sotto di

---

(1) Loco cit. *Arch. für Gynäk.*, Bd. XXXVI, Hft 2, 1889. Questo A., appogiandosi alle notizie bibliografiche contenute nel lavoro di Heusner, affermò spettare al Frank non solo la priorità dell'esecuzione del rovesciamento del moncone, ma anche dell'idea, e ciò fu ripetuto pure dal Frascani. Come ho detto innanzi, la priorità del pensiero si deve, invece, al Porro.

(2) Che si possa praticare nelle donne partorienti lo arrovesciamento dei margini della ferita uterina nell'ambito del segmento inferiore della matrice, veniva riconosciuto anche da Zweifel. (Loco cit., *Centralbl., für Gynäk.*, 1890, p. 29.

(3) « Sul trattamento del moncone nell' operazione Porro. » Rivista del dottor Polacco in questo giornale, 1891, p. 163.

(4) Beaucamp. Loc. cit., *Arch. für Gynäk.*, Bd. XL, Hft. 1, p. 124, 1891.

questo due robuste allacciature con seta attraverso il moncone, stringendo in una speciale legatura il peritoneo della superficie di taglio; in conclusione operò quasi alla stessa maniera proposta da Hubert. Questo processo, al dire di Beaucamp (1), avrebbe i seguenti vantaggi: 1.° la semplicità della tecnica, per cui anche il pratico meno esercitato è in grado di operare un taglio cesareo; 2.° la riduzione al minimo del pericolo dell'infezione, poichè la massima parte dell'atto operativo si esegue fuori della cavità addominale, nella quale non rimane in ultimo altra ferita all'infuori della ventrale; 3.° la corta durata dell'operazione, donde soltanto per poco la narcosi cloroformica, la perdita sanguigna e le lesioni del peritoneo consumano le forze della donna; 4.° il trattamento post-operatorio è semplicissimo; 5.° il benessere postumo dell'operata non viene compromesso di più che con una semplice laparotomia.

Infine Frascani sperimentava prima su cagne gravide e non gravide (2), e poi anche sulla donna vivente (3), un processo d'inversione pressocchè identico a quello proposto da Chalot. Frascani applicava d'avanti indietro due cordoncini di seta, uno a destra e l'altro a sinistra nel punto di unione del 3.° esterno col 3.° medio della spessezza del moncone, e li allacciava fortemente sul margine esterno di questo; poi affidava ai morsi di un klemmer introdotto per vaginam nella cavità addominale gli estremi dei cordoncini, e con trazioni su questi e pressioni sui margini del peduncolo dalla via del ventre otteneva lo arrovesciamento, che

---

(1) Loco cit.

(2) « L'inversione del moncone dopo l'amputazione cesarea utero-ovarica e dopo l'isterectomia sopravaginale. » *Riforma medica,* 1891, N. 209. — In questo lavoro, oltre ad essere descritta la tecnica operativa seguita dall'A., è riferito il risultato dell'esame istologico dei varii monconi uterini, asportati dopo una ventina di giorni dall'epoca dell'operazione, il quale mostrò: che il moncone era avvallato alla sua superficie, ed in corrispondenza dell'avvallamento al di sotto della sierosa esistevano strati di connettivo con una direzione parallela alla superficie del moncone; che specialmente nei tratti inferiori non si aveva più traccia del canale cervico-uterino, che era sostituito da un tessuto connettivo di formazione già avanzata, ricco assai di vasi; che nella parte più alta e più centrale del peduncolo i grossi vasi, appartenenti indubbiamente alle ramificazioni delle arterie uterine, erano trombizzati, ed il trombo già in via di organizzazione avanzata, mentre nelle parti più basse e periferiche notavansi grossi vasi, ma con pareti e lume perfettamente normali. Dal quale reperto l'A. conchiudeva che « in un tempo assai breve, invertendo il peduncolo, si forma una barriera solida e resistente fra la cavità vaginale e la peritoneale, e ne viene garantita anche la emostasia. »

(3) Loco cit., *Annali di Ostetricia,* 1892, p. 616-22.

assicurava mercè punti di sutura profondi, abbraccianti carne uterina e peritoneo, e superficiali siero-sierosi.

Löhlein nel suo caso in data 14 marzo 1890 adottava il processo di sospensione e di governo intraparietale del peduncolo già proposto e sperimentato nel campo ginecologico da Hacker e Wölfler, da Fritsch e da Howard A. Kelly (1). Il manuale operativo fu il seguente: previa doppia

---

(1) La prima esperienza relativa a questo processo s'appartiene a Billroth, il quale in un caso di miomectomia (2. I. 1877), non potendo trattare col processo extraperitoneale tipico il moncone, perchè troppo corto, nè reputando condotta prudente di affondarlo, lo legò in due metà con due cordoncini di seta; e, dopo aver cauterizzata la superficie di taglio, passò i cordoncini attraverso le pareti addominali a 2 cent. dal margine dell' incisione, e li annodò in guisa che il peduncolo venne a trovarsi sospeso al di sotto delle pareti del ventre; nel fare poscia la sutura della ferita addominale riunì i margini di questa al picciuolo, per cui si ebbe arrovesciamento dei labbri cutanei ed occlusione completa della cavità addominale. Questo caso, narrato da Wölfler *(Langenbeck's Arch. für klin. Chir.*, 1877, Bd. XXI, Hft. IV, p. 680), ispirò a v. Hacker il processo di sospensione e di trattamento intra o juxtaparietale del moncone, il quale trattamento venne tradotto in pratica la prima volta (21. VIII. 1884) da Wölfler, ed è conosciuto generalmente sotto il nome di processo Hacker-Wölfler. Esso consiste: nel cucire il moncone a strati secondo Schröder, nello attirarlo fra le labbra della incisione addominale, e nel fissarlo a questo livello mediante due legature, una per lato, passate a traverso gli strati superficiali del moncone e tutto lo spessore delle pareti addominali e annodate sopra un rolletto di garza iodoformica; nel cucire poi il peritoneo parietale con quello del peduncolo, ed infine nel suturare la ferita addominale in tutta la sua estensione, meno in un piccolo tratto, in corrispondenza del moncone, destinato al passaggio di una listerella di garza al iodoformio e di un piccolo tubo a drenaggio (Hacker, *Wien. med. Woch.*, 1885, N. 25 e 48; Wölfler, Ibid., N. 49).

Freudenberg (« Casuistische und kritische Beiträge zur Kaiserschittsfrage. » *Archiv. f. Gynäk.*, Hft. 2, 1886) affermava che questo processo, in vista della grande distensione delle pareti addominali e della straordinaria cedevolezza del peritoneo, ha qualcosa di molto attraente anche pei casi di taglio cesareo.

Fritsch adoperava in modo generale nella miomectomia il processo Hacker-Wölfler, apportandovi delle modifiche, quali: la formazione di due lembi laterali e la sutura semplice del moncone invece della formazione di un lembo anteriore ed uno posteriore e della sutura a strati alla Schröder; la sutura dei peduncoli dei ligamenti larghi ai lati del moncone uterino; la fissazione di questo alle pareti addominali mercè due legature, passate l'una attraverso il suo angolo inferiore, l' altra attraverso l' angolo superiore; la omissione della sutura delle pareti addominali al di sopra del moncone; la recisione dei fili di sutura del peduncolo a 6 cent. circa dai nodi, per potere all'occorrenza far presa su di essi. (Ved. la comunic. dell'A. alla 2.ª riunione della Soc. tedesca di Ginec. — *Arch. für Ggn.*, Bd. XXXII, Hft. 3, 1888; e « Sechzig Fälle von Laparomyomotomie mit epikritischen Bemerkungen über die Methoden dieser Operation. » *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, 1889, N. 339).

Howard A. Kelly attuava un processo analogo ai precedenti, consistente: nel cucire il moncone scavato a cratere con tre piani di sutura, dando a questa una direzione antero-posteriore, e lasciando

allacciatura dei ligamenti infundibulo-pelvici e della metà superiore dei ligamenti larghi su ambo i lati, applicato il laccio elastico provvisorio, si amputò l'utero in modo cuneiforme e si fece la escissione della mucosa del canal cervicale e la sutura isolata di questo. Allacciate le arterie uterine, si cucì la metà superiore della ferita addominale con punti profondi allo scopo di avvicinare i margini della ferita ventrale al moncone. Indi si praticò la sutura con catgut del peritoneo parietale con quello viscerale tutto all'ingiro del peduncolo, e finalmente la cucitura di questo da un lato all'altro da avere una sutura a direzione sagittale mercè due serie di punti con catgut, la prima comprendente la parte profonda e media della muscolatura, la seconda la parte superficiale di questa e la sierosa, previa applicazione nell'estremo superiore ed inferiore del moncone, a qualche mill. dal margine peritoneale al di sotto della superficie di sezione e parallelamente ad essa, di due robusti fili di seta, i quali furono annodati compiuta la sutura a strati e lasciati alquanto lunghi (6-8 cent.), onde servire a trarre in alto il picciuolo nel caso di bisogno. Rimosso il laccio elastico, si completò la sutura addominale, comprendendo in essa l'estremo superiore ed inferiore del peduncolo allo scopo di fissarlo ancora meglio fra le pareti ventrali ed impedirne il rientramento nell'addome. Nel vuoto rimasto fra peduncolo e pareti

---

lunghi 13-14 cent. i fili dello piano superiore; nell'allacciare le arterie uterine ai lati del peduncolo con una o due legature in massa; nel riunire il peritoneo parietale col viscerale ad un livello superiore alle predette legature e ad un livello inferiore ai lembi affrontati del moncone; nel passare infine i fili lasciati lunghi attraverso una fenditura praticata in un pezzo di garza piazzato sul ventre, e nel comprenderli fra i morsi di un clamp, da situarsi in senso trasversale al decorso della incisione addominale. L'A. affermava essere il suo processo nei tratti principali simile a quello descritto da Sänger nel *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, N. 14. (« A new method of performing hystero-myomectomy. » *Amer. Journal of Obst.*, 1889, April, p. 375-85).

I manuali operativi di Hacker-Wölfler, Fritsch, Kelly, ecc., sono conosciuti generalmente sotto il nome di metodo *misto* o *intermediario*, di cui il primo e più semplice processo consistè nell'applicazione di una o più legature sul peduncolo, che venne rimesso nell'addome, e nella fissazione degli estremi dei fili costrittori nell'angolo inferiore della ferita ventrale. Così appunto operavano Pasquali in un caso di rottura completa dell'utero occorsogli il 14. III. 1881 (Bompiani, loco cit., pag. 599) e Brachini nella operazione Porro in data del 6. VII. 1886. Nei primordii dell'applicazione si fece ricorso al metodo misto allorquando, o non si potè fissare il peduncolo all'esterno, perchè corto, o si ebbe paura di affondarlo per la sua grande vascolarità e pel gran numero di legature appostevi; ma in seguito taluni (Fritsch, Löhlein, ecc.), lo vollero generalizzato a tutti i casi, tanto nel campo puramente ginecologico, quanto in quello del taglio cesareo alla Porro.

addominali fu messa una striscia di garza al jodoformio (Fig. 9). La semplificazione e lo abbreviamento del trattamento consecutivo, senza che sia scemata la sicurezza avverso un' emorragia secondaria, sarebbero, a dire dell'A., i vantaggi di questo processo, che cuce il moncone in modo sicuro, in confronto dell'altro che lo cauterizza fissandolo alle pareti addominali con aghi lanceolati; in paragone, poi, del processo dell'affondamento, in cui la maggioranza degli operatori teme di servirsi esclusivamente del catgut, esso avrebbe il benefizio di evitare l' espulsione postuma dei fili di seta adoperati per le legature, potendosi questi facilmente rimuovere. Löhlein raccomandava quindi di servirsi in ogni caso di operazione Porro come processo di elezione del governo intraparietale.

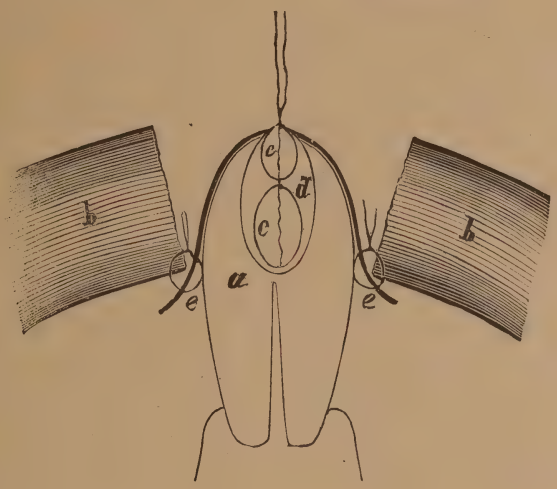


Fig. 9. — Trattamento intraparietale del peduncolo, processo Löhlein (disegno schematico).

a. Peduncolo — *b b.* Pareti addominali — *c c.* Sutura in due strati. (Nel caso citato questa sutura fu fatta in 3 strati, laddove nella descrizione del processo l'A. parla di due strati soltanto) — *d.* Uno dei due punti di sutura i cui fili vengono lasciati lunghi — *e e.* Sutura del peritoneo parietale col viscerale.

Anche Everke (1) mise in opera questo trattamento attenendosi però al processo di Fritsch, salvo ad applicare, invece di due, quattro punti di sutura a sospensione, due come nei processi di Fritsch e Löhlein, e due altri, l'uno a destra e l'altro a sinistra, passanti attraverso le pareti addominali ed il peduncolo nel mezzo di questo, ed abbraccianti con le loro anse i peduncoli dei ligamenti larghi.

Kehrer, infine, prescriveva di fare i due lembi laterali, ma di suturare con punti profondi e superficiali soltanto i due estremi del pe-

(1) Loco citato.

duncolo, lasciandone la parte media non cucita; di fissare il moncone, dopo aver allacciati su ambo i lati i grossi vasi, allo stesso modo di Everke, abbandonando però i monconi dei ligamenti larghi nel ventre; e d'introdurre attraverso la parte mediana del peduncolo, rimasta non suturata, fin nella vagina una striscia di garza al jodoformio, deputata a fare da drenaggio capillare. All'A. parve che il processo intraparietale offrisse le maggiori garanzie pel decorso consecutivo (1).

Finalmente Chrobak il 13. X. 1891 applicava all'operazione Porro lo stesso processo da lui adoperato in caso di miomectomia, voglio dire il governo retro o sub-peritoneale del moncone (2). Eventrato l'utero integro, questo operatore formò due lembi peritoneali a foggia di semicerchio, incidendo la sierosa sulla faccia anteriore e posteriore della matrice e scollandola fino all'inserzione della vagina sul collo, però in modo da dare al lembo anteriore maggiore estensione del posteriore. Applicato il laccio elastico attorno all'itsmo, inciso l'utero ed estrattone il feto con gli annessi, allacciò nel modo tipico i ligamenti larghi e amputò l'utero al di sopra del laccio elastico. Indi, cauterizzato energicamente il canal cervicale col Paquelin ed allacciate le arterie uterine, rimosse il laccio elastico e introdusse attraverso la cervice una grossa striscia di garza jodoformica, collocandone un estremo in vagina e l'altro a livello della superficie di taglio del moncone; impicciolì ed arrotondì questo con le forbici, e riunì in ultimo il peritoneo sopra dei peduncoli dei ligamenti larghi con punti staccati di sutura siero-sierosa e del pari i due lembi peritoneali, dopo di averli affrontati ampiamente in superficie, al di sopra del picciuolo uterino, il quale venne ad esser ricoperto da peritoneo intatto per la ineguale lunghezza dei lembi, la cui linea di sutura rimase fuori l'ambito del moncone dietro di esso. v. Wörz comunicava questo caso per insistere: 1.° sulla facilità dello scollamento delle due pagine sierose nell'utero gravido in confronto del miomatoso; 2.° sulla utilità di legare la parete anteriore e la posteriore del collo in varie porzioni prima della rimozione del laccio (come del

(1) « Lehrbuch der operativen Geburtshülfe. » Stuttgart, 1891, p. 274-75.

(2) v. Vörz, loco cit.

resto Chrobak aveva già consigliato di fare), non essendo stata sufficiente nel caso suddetto, per rendere ischemico il moncone, l'allacciatura delle arterie uterine (1).

---

(1) Il processo descritto fu riservato dal Chrobak per quei casi di miomi in cui non sia possibile di fare avanti l'operazione un'esatta disinfezione della vagina e della cervice, mentre, nei casi nei quali ciò è praticabile, l'A. vorrebbe si faccia l'estirpazione totale dell'utero nel modo che sarò per descrivere in seguito. (« Zur Extirpatio uteri myomatosi addominalis [die retroperitoneale Stielversorgung]. » *Centralbl. für Gyn.*, 1891, N. 35).

Prima, però, che Chrobak attuasse e proponesse il suo processo, processi più o meno analoghi erano stati già sperimentati e consigliati da Hofmeier (« Verhandl. d. II. Versamml. d. deutsch. Gesellsch. für Gyn., abgebalt. zu Halle, 1888 » ; vedi anche: « Grundriss der gynäkologischen Operat., » 1892, p. 261-62), dal nostro Bassini (Risc. CATTERINA. « Die sub-peritoneale Stielbehandlung nach supravaginaler Uterusamputation. » *Wien. med. Woch.*, 1891, N. 47), da J. R. Goffe (« A new Method, the intra-addominal but extraperitoneal method, of disposing of the pedicle in supravaginal hysterectomy for fibroid tumor, etc. » *Amer. Journ. of Obst.*, 1890, April, p. 372-81), e da Maydl (KUNN. « Eine neue Methode der Stielbildung nach supravaginaler Amputation des Uterus. » *Wien. med. Woch*, 1891, N 29-34).

Hofmeier partì dalle medesime considerazioni di Zweifel per rapporto alla difficoltà e ai pericoli di ben suturare un peduncolo voluminoso, a tessuti poco cedevoli e molto vascolarizzato. Il suo processo in sostanza consiste in ciò che si fa ammeno della sutura a strati del peduncolo, si cuce questo tutto all'ingiro a partire dalla cavità uterina verso l'esterno comprendendo il peritoneo, così che la cervice rimane aperta, e sul moncone si riunisce la sierosa, in guisa che l'intera ferita viene ad avere un drenaggio naturale all'esterno ed a trovarsi fuori della cavità addominale. Condizione indispensabile pel successo, secondo l'A., è un'accurata disinfezione della vagina e della cervice avanti l'operazione.

Bassini comunicò il suo processo, cui egli per primo diede il nome di retro-peritoneale, alla sezione chirurgica del XIII Congresso dell'Assoc. med. italiana tenutosi a Padova nel settembre del 1889. (Malauguratamente la parte degli *Atti* contenente questa comunicazione non venne pubblicata). In quella occasione l'A. rese nota la sua esperienza intorno all'amputazione sopravaginale dell'utero per miomi in 60 casi, di cui più della metà furono trattati col detto processo a partire dal 1886. A differenza di Hofmeier, Bassini fa la sutura a strati del moncone, senza abbracciare in essa il peritoneo.

Goffe recisi i ligamenti larghi tra due pinze a forcipressura ed allacciatili, formava due lembi peritoneali uno anteriore ed uno posteriore, asportava il tumore previa applicazione del laccio elastico al di dentro dei lembi sierosi, e legava il moncone in due metà senza comprendere il peritoneo, abbracciando nelle due legature le arterie uterine; rimosso il laccio e causticato il canal cervicale, legava isolatamente le arterie utero-ovariche e riuniva le due pagine sierose dei ligamenti larghi recisi e i due lembi peritoneali al di sopra del moncone uterino mercè sutura continua con catgut. Questo stesso processo sarebbe stato adoperato anche in un certo numero di casi da A. Palmer Dudley, di New-Jork, il quale ne reclamava per sè la priorità.

Maydl, in due casi di miomi (11. VI. e 17. VI. 1891), dopo di aver legati e recisi i legamenti larghi, inciso circolarmente e scollato l'inviluppo del tumore ed asportato il neoplasma col corpo dell'utero, attraversò il peduncolo con una doppia legatura passata d'avanti indietro, comprendendo il peritoneo, immediatamente al di sopra della volta vaginale e di lato al canal cervicale, ed allacciò ai lati le due legature, una delle quali venne ad abbracciare nella sua ansa il canal cervicale. Indi, proprio sopra del laccio elastico, amputò l'inviluppo del tumore, e suturò il residuo della cervice con 3-4 punti profondi; dopo di che riunì il peritoneo al di sopra del moncone.

Johannovsky pose in opera in tre casi (N. 403, 404, 413 della tabella), il processo di Chrobak, con la differenza che nel 3.º caso, trattandosi di feto morto, praticò l'allacciatura dei ligamenti infundibulo-pelvici e larghi prima della formazione dei lembi peritoneali, condotta che gli parve preferibile in tutti i casi simili, rendendosi in tal modo più favorevole l'emostasi posteriore del moncone. Secondo l'A. il processo di Chrobak avrebbe i seguenti due importantissimi vantaggi: 1.º di rendere, quanto più è possibile, piccolo il moncone, donde segue che la secrezione verificantesi più tardi dal picciuolo, non che le sue ulteriori metamorfosi, vengono a subire in certo modo una riduzione nella loro importanza patologica e nella diffusione; 2.º di appartare il peduncolo dal cavo peritoneale, specie per effetto della incorrispondenza tra la linea di sutura dei lembi sierosi e la ferita del moncone, in guisa che i prodotti di eliminazione di questo riescono innocui per la cavità addominale, e possono essere portati attraverso la vagina allo esterno. Epperò Johannovsky raccomandava caldamente questo processo anche nel taglio cesareo alla Porro, massime nei casi di già avvenuta infezione dell'utero, potendosi così allontanare nel miglior modo il peduncolo dal cavo peritoneale, drenarlo, e renderlo inoffensivo pel generale della puerpera (1).

(Continua).

---

(1) « Ein Beitrag zur Discussion über die retroperitoneale Stielversorgung nach Chrobak bei den abdominellen Myomoperationen. » *Arch. für Gyn.*, Bd. XLII, Hft. 2, p. 353-71, 1892.

Dott. F. VILLA

Mostruosità fetale ed idramnios acuto

Replica al Signor Dott. F. La Torre

Chiarissimo Sig. Dottore e Collega,

I commenti da Lei fatti (1) alla mia difesa (2), non mi riescono per nulla persuasivi e però mi permetto di chiarire meglio le opinioni esposte e nello stesso tempo di riassumere l'opposizione agli appunti mossimi.

Per la prima questione, affatto *ad personam* e sulla quale credevo di non dover più ritornare, oppongo che Ella *non può parlare di una mia proporzione non esatta*, giacchè ebbi a farLe notare che avevo toccato solo di volo il punto che riguarda la frequenza delle alterazioni fetali nell'idramnios acuto ed a dichiararLe che l'indicazione del numero dei mostri raccolti nel complesso dei casi non ebbe nella mia mente il valore di una proporzione, ma solo quello di riassunto di alcuni dati. Io non ho punto negato d'aver stabilito un confronto, ma che mi sia limitato ad asserire in modo affatto indeterminato l'inferiorità di questo termine di paragone è più che evidente. Le mie cognizioni di matematica, benchè modestissime, pure mi avrebbero permesso di calcolare il procento, di dare cioè una cifra, ma ciò evitai espressamente, perchè i dati di Bar non mi concedevano di stabilire il confronto tenendo conto delle eventualità occorse nelle gravidanze gemellari, e precipuamente perchè, come già scrissi altrove (3), volli toccare questo punto solo alla sfuggita onde non cadere in qualche precipizio.

---

(1) F. La Torre. « Mostruosità fetali ed idramnios acuto. » *Annali di Ostetricia, ecc.*, gennaio 1893. Risposta alla lettera aperta del signor dott. F. Villa.

(2) F. Villa. « Mostruosità fetali ed idramnios acuto. » *Annali di Ostetricia, ecc.* ottobre 1892. Lettera aperta al signor dott. F. La Torre.

(3) Idem.

Nelle altre due questioni la personalità è estranea e quindi posso affermare meglio i miei apprezzamenti.

I.

Ella non vuole riconoscere fondamento di esattezza alla statistica ed al procento di Bar.

Lasciando da parte ogni parola meno che utile, la controversia troverà la sua soluzione nella risposta a due condizioni indispensabili per rendere ineccepibile la statistica:

1.ª Possiamo credere che tutti i casi indicati fossero realmente casi d'idramnios?

2.ª In ogni caso si tenne sempre conto dello stato dei feti?

Pel primo punto debbo dirLe che la diagnosi dell'idropisia amniotica risale oltre a questo secolo, e che nel primo quarto di esso si avesse un concetto sufficientemente esatto nel valutare la quantità di liquido che usciva da un sacco amniotico è assolutamente innegabile, quando si consultino gli autori e si leggano le storie cliniche di quel tempo, onde a me *non pare lecito* il negare che quelle persone autorevoli che ressero le sorti della Maternità di Parigi dal 1825 in poi non sapessero dire se in un caso eravi stato idramnios, pur avendo veduto il quantitativo di acque che erano colate.

La seconda condizione non può neppure essere discussa perchè il Bar dichiara che 489 è il numero dei casi nei quali lo stato del feto era ben indicato.

Le mie parole, che Ella cita, si riferiscono a ben altra questione tutt'affatto speciale all'idramnios acuto, e poichè l'ignoranza della relazione fra mostruosità ed idramnios da Lei presentata quale argomento validissimo non esclude punto che si sapesse diagnosticare l'idropisia amniotica e non poteva certo nè accrescere nè scemare la quantità di liquido di cui si *sapeva valutare la copia*, così è che la statistica di Bar resta perfettamente accettabile. Ad essa si può fare il solo appunto di fornire un dato unico senza alcun riguardo alle varie procentuali che potevano essere calcolate pel fatto della gemellarità.

Sui 489 casi del Bar io ho calcolato assai largamente che 9 appartenessero alla forma d'idrope a rapido sviluppo, ed Ella mi risponde che la sottrazione è arbitraria e che non me la può menar buona. Ho sottratto troppo, od ho sottratto poco? Nel primo caso la statistica di Bar resta ancora perfettamente esatta, ed in quanto alla seconda eventualità eccole la dimostrazione che tutte le probabilità stanno a negare che io sia caduto in questo errore.

Ella non vuol dar peso all'asserzione di Charpentier che l'idramnios

acuto è rarissimo, ma la rarità dei casi pubblicati dal 1880 in poi non Le dice nulla? Troviamo solo osservazioni isolate e concorde l'opinione che si tratta di fatto oltremodo infrequente, onde, tenendo conto che l'idramnios lento occorre almeno nel 2 0[0 dei parti, arriviamo ad avere una ventina d' idramnios acuti in confronto di qualche diecina di migliaia d' idramnios cronici. Ciò rappresenta certamente qualche cosa di meno del 2 0[0 (cifra tonda) da me sottratto, e mette quindi la deduzione da me fatta al coperto dell'accusa d'essere stata troppo debole.

II.

Mostruosità ed idramnios acuto ponno andare riuniti ?

Per quanto Ella scrive riguardo a Dill, la logica mi fa trovar strano che Ella dica « d'altro canto il Dill pubblicò l'osservazione del suo caso nel 1875-76 in tempi in cui non era ancor stata presa in considerazione la differenza esistente per le due forme d' idramnios » quasi che voglia significare, che anche in causa della mancanza di siffatta cognizione non si potesse avere prima del 1880 un'idramnios acuto; e procedendo oltre di fronte al *solito* argomento — come può un feto ben conformato diventare mostruoso in pochi giorni per effetto dell'idrope acuto — ripeto che tale argomento non ha nessun valore perchè serve semplicemente ad escludere quanto di più assurdo si possa immaginare, e sopratutto quanto nessuno ha mai immaginato.

Ma per me la questione è sulla di Lei frase « il sostenere che una gravidanza con feto anencefalico possa arrivare al settimo mese senza un' esagerazione nella secrezione amniotica pare scientificamente insostenibile. »

Ella sostiene che notevoli malformazioni non ponno essere disgiunte dall' idramnios, io dal mio canto ricordo molti casi di feti sani e ben sviluppati in sacchi idropici e di feti con lievi alterazioni teratologiche con acque normali o copiosissime, e su circa quaranta osservazioni di feti gravemente deformi ho sempre veduto abbondanza notevole di liquido, ma altri si esprimono in modo che fa credere alla possibilità di eccezioni.

Ella scrive che Schroeder dettò « la quantità del liquido è sovente considerevole, » perchè non conosceva allora il rapporto fra mostruosità ed idramnios, ma io penso che quelle parole indicano invece che Schroeder aveva veduto come in alcuni casi il liquido amniotico non fosse in quantità considerevole. Ella poi non tenne conto dell'altra mia citazione, cioè dell'opinione di Charpentier, il quale ben conoscendo il lavoro del Calderini, scrisse nel 1889 che « gli anencefali coincidono spesso con

un'idropisia dell'amnios » (1), e qui aggiungerò che tale lavoro era pure ben noto al Cuzzi (2) quando scriveva che « nei casi di anomalia di conformazione che lasciano aperte le cavità centrali del sistema nervoso si può avere idramnios. » Le dirò di più che mentre nel trattato di Müller, edito pochi anni or sono, si legge che gli anencefali sono senza eccezione contenuti in sacchi idropici, un altro ostetrico tedesco, lo Spiegelberg, qualche anno dopo parlando degli anencefali usa le parole: « das Fruchtwasser gewöhnlich übermässig reichlich » (3), ammettendo così delle eccezioni. Io non so credere ad errore di osservazione da parte di siffatte personalità, e però ritengo che Ella ha fatto benissimo a dire « pare » ma che viceversa la probabile esistenza di eccezioni non permetta di applicare il di Lei ragionamento e le conseguenti deduzioni ad ogni singolo caso.

Riassumendo appunto questo ragionamento nelle parole: « così ne viene che tutti i casi d'idramnios con feto mostruoso son casi d'idramnios cronico che qualche volta si acutizzò, » incorsi nel rimprovero di non aver interpretato esattamente il di Lei concetto, ma d'avergli dato una estensione che varcava i limiti assegnati, perchè avrei dovuto indicare che si voleva parlare solo dei feti le cui mostruosità alterano profondamente la circolazione sanguigna; ma crede Ella che io avrei potuto *onestamente* fare tale restrizione davanti alla di Lei frase « escludo d'una maniera assoluta l'associazione d'alterazioni fetali coll'idropisia acuta, » e tenendo conto che, sempre valendosi del *solito* argomento, Ella pose in quarantena anche un caso in cui eravi una leggiera deformazione?

Prendo atto della rinuncia fatta a quella « maniera assoluta » e *sempre più convinto di non aver peccato contro la logica* chiudo ripetendo che « *la questione del rapporto fra teratologia ed idropisia amniotica è troppo vecchia perchè si possa pensare di risolverla colla sola discussione di cose note da lungo tempo* » ed in forza di ciò mentre rinuncio ad ogni ricerca avente l'indirizzo che Ella mi indica ultimamente, mi felicito con Lei che presto ci darà un lavoro sperimentale.

Voglia Ella avermi sempre in conto di devotissimo collega

Dott. F. Villa.

---

(1) Charpentier. « Traité des accouchements. » Tom. I, pag. 962, 1889.
(2) *Enciclopedia Medica Italiana,* articolo « Gravidanza, » pag. 1091.
(3) Spiegelberg. « Lehrbuch etc. » 1891.

RASSEGNA

Dott. Leith-Napier. — **A case of advanced ectopic gestation, complicated by septic peritonitis, successfully treated by abdominal section** (*Un caso di gravidanza ectopica avanzata, complicata da peritonite settica trattata con successo colla laparotomia*). — *The British Gynaecological Journal*, novembre 1891.

Fa la storia dell'ammalata: 25 anni, maritata da due, senza figli, dice però di avere avuto tre aborti. Entra nell'Ospitale Chelsea il 28 agosto 91. Dal settembre 90 non è più mestruata, ebbe i segni della gravidanza sino in marzo quando in seguito a spavento non sentì più i moti fetali che erano forti prima d' allora. In aprile ebbe dolori somiglianti a quelli del parto ed espulse un grosso coagulo, ma non vi si vedevano nè feto, nè membrane. L' addome continuò ad aumentare sino in agosto, più tardi si fece un po' più piccolo. Al momento dell'ammissione aveva diarrea, vomito da 3 settimane, sudori profusi, ma irregolari, pelle fredda e viscida, polso 120. All'esame dell'addome si trova un tumore che arriva quasi all'ombellico e che riempie la pelvi, l'utero è situato davanti al tumore. Diagnosi: peritonite settica da gravidanza ectopica degenerata. Aperto l'addome si trovò la sacca fetale molle e friabile aderente ovunque, specialmente posteriormente. Incisa ne sortì del gas di cattivo odore, un feto dai 7 agli 8 mesi macerato e poi una massa di tessuto placentare macerato. Lavata ed asciugata la cisti se ne cucirono le pareti alle pareti addominali dopo lavatura dell' addome con soluzione borica. Drenaggio in vetro nella cisti.

Sino al 20.° giorno dopo l'operazione sortirono dalla sacca materie fecali e gas, dopo se ne trovò ancora di tanto in tanto sino al giorno 30. In questo frattempo andò man mano migliorando e il 5 ottobre cominciò ad alzarsi.

La sacca gravidica era evidentemente addominale, cioè la cisti era in parte di nuova formazione e in parte dovuta al legamento largo disteso. Se la primitiva posizione del feto era tubarica o addominale è impossibile dire. Interessante è la questione delle emorragie irregolari in questi casi. L'emorragia in aprile, cioè al settimo mese, probabilmente avvenne quando la placenta si staccò in parte e av-

venne la morte del feto. Tali emorragie si mostrano nella gravidanza extrauterina specialmente negli ultimi mesi, ma non se ne conosce il perchè. L'ipotesi sola probabile è che vi sia una pressione venosa nei vasi pelvici e specialmente nelle vene uterine e che questo riflusso per ingorgo vascolare uterino produca la perdita di sangue.

La diagnosi era molto importante in questo caso. Morto il feto (a circa 7 mesi) l'addome non si fece subito più piccolo, anzi si ritenne che aumentava di volume e questo probabilmente in conseguenza di emorragie nella sacca gravidica. È molto probabile che la placenta si sia da prima in parte separata, poi sia avvenuta la morte del feto e dopo un certo tempo la placenta si staccò del tutto e da ultimo passò a suppurazione. Seguì ulcerazione della parete cistica e perforazione nell'intestino. Le aderenze molto spesse che si erano già formate prima in conseguenza dell'infiammazione impedirono alla materia in decomposizione di passare nella cavità addominale ed essendosi stabilito un drenaggio pel collo, il pericolo era pel momento allontanato.

L'A. non vuol entrare a discutere quando si debba operare nella gravidanza: ectopica, crede che nella gran maggioranza dei casi se il feto è morto e vengono in scena sintomi di setticemia si debba operare appena stabilita la diagnosi. È vero che si possono incontrare gravi difficoltà per l'emorragia se il feto è vivo e la placenta aderente fortemente alla parete cistica, ma se si aspetta una possibile separazione e degenerazione della placenta dopo la morte del feto e fino a che si ha evidenza di sepsi, si corre rischio di essere meno fortunati di quello che lo fu lui nel caso narrato. PIAZZA.

Dott. HOVARD BARRET. — **A Case of ectopic gestation probably ovarian** (*Un caso di gravidanza ectopica, probabilmente ovarica*). — *The British Gynaecological Journal*, novembre 1891.

È un caso osservato dall'A. nel 82. Donna di 32 anni, maritata da 4. Un anno dopo il matrimonio ebbe una bambina a 7 mesi e 9 mesi più tardi un aborto a due mesi. Due anni e mezzo dopo il primo figlio una bambina a termine. Ebbe l'ultima mestruazione 19 settimane prima che l'A. la vedesse in consulto, dopo 8 a 10 settimane dalla sospensione mestruale provò dolori alla regione ovarica destra e superiormente ad essa, che continuarono per qualche tempo. 25 giorni prima della visita cadde battendo il ventre, ma non provò dolori nell'addome che 4 giorni più tardi e che cessarono coll'applicazione di bella-donna. La sera prima della visita andò a letto che stava bene, ma al mattino ebbe violenti dolori soprapubici ed alle reni e conati di vomito che durarono due ore. Più tardi i dolori ritorna-

rono, ebbe alla sera vomito e debolezza che andava aumentando mentre i dolori diminuivano. A mezzanotte quando arrivò l'A. la trovò in istato di collasso, polso indistinguibile, in una parola morente. Addome piuttosto dolente alla palpazione con un'area centrale di ottusità occupante più un lato che l'altro e che si estendeva più in alto da quello che si sarebbe aspettato in una gravidanza normale dalla data presunta, cioè 19 settimane. Non vi era perdita di sangue. Si poteva sentire per la via vaginale una massa in alto, ma sembrava che qualche cosa più spessa e molle s' interponesse fra essa e il dito. Non si poteva ottenere ballottamento, collo molle, più conico di quello di un organo pregno. Diagnosi: gravidanza ectopica, rottura del sacco con emorragia. Per lo stato in cui si trovava la paziente non consigliò l'operazione e infatti poco dopo spirò.

Alla sezione dell'addome si trovò un grosso coagulo che ricopriva tutta la regione centrale. Tolto questo si vide una massa che riassomigliava al fondo uterino gravido, che occupava la regione centrale, un po' più verso destra e che sorpassava in alto l'ombellico. Sollevandola si trovò che il suo asse più lungo era l'orizzontale e non il verticale (considerando la donna in piedi). Sembrava un fibroma e dietro ad essa si trovò l'utero un po' appiattito, ma normale. La cisti sembrava in connessione col lato destro dell'utero il quale era poco più grosso di un utero normale non gravido e conteneva una decidua degenerata e sostanza gelatinosa. La tromba di destra era atrofica, ma perfettamente distinguibile sul tumore e non si potè trovare l'ovaio di destra, il sinistro era rammollito. Nel togliere la cisti si notò che in un punto vi erano delle ulcerazioni e si osservò più tardi che la cisti era in questo punto così assottigliata che si vedeva il dito attraverso la parete. Incisa la cisti ne sortì un liquido amniotico ed un feto maschile di 4-5 mesi. Non si trovò vera placenta, ma la parete interna della cisti presentava tre o quattro masse di tessuto apparentemente placentare con margini netti. Due avevano sottili connessioni vascolari, mentre le altre erano perfettamente isolate. Una di queste masse era situata all' estremità della cisti ove era incominciata l'ulcerazione e l'emorragia era dovuta all'apertura dei suoi vasi. Il cordone non era connesso con questa massa, ma con un' altra situata nel centro del lungo asse della cisti. Queste masse non si elevavano sulla superficie, ma erano situate nello spessore della parete cistica. Lo spessore della parete era di circa 1[8 di pollice, fibrosa, coperta dal peritoneo e senza aderenze. La ritenne allora e non trova ragione di cambiare oggi, un caso di gravidanza ovarica.

Trova anche degno di nota in questo caso:

1.° Che non vi era stato un lungo periodo di sterilità prima di questa concezione come è frequente il caso.

2.° Non vi furono durante la gravidanza sintomi notevoli da richiamare l'attenzione che fosse di carattere anormale.

3.° L'esercizio che la paziente poteva fare nelle ultime 16 ore di vita mentre avveniva probabilmente l'emorragia è cosa straordinaria.

4.° Nessuna anormalità dell'utero.

5.° La disposizione che l'A. ritiene unica del tessuto placentare.

PIAZZA.

Dott. MENDES DE LEON. — **A case of ectopic pregnancy** (*Un caso di gravidanza ectopica*). — *The British Gynaecological Journal*, novembre 1891.

Fatta la storia del caso, dice che all'esame dell'addome vi si sentiva un tumore solido, molto mobile, a superficie nodulare che si poteva spingere in alto fin sotto il bordo costale. Coll'esame combinato notò la presenza di due altri tumori nella pelvi, uno grosso quanto un'arancio sembrava l'utero ingrossato, spostato un poco a sinistra e in connessione con esso a destra un altro piccolo tumore che suppose essere l'ovaio di destra. La donna fu presentata cloroformizzata alla Società Ginecologica e fu opinione generale che si trattasse di gravidanza extrauterina quantunque la maggior parte dei membri fossero stupiti di trovare il tumore più grosso, supposto essere il feto, situato così in alto nell'addome senza connessione cogli organi genitali interni. Aperto il peritoneo si trovò il feto quasi libero nell'addome, le spalle e parte dell'occipite erano attaccate con numerose aderenze al grande omento. Nessuna traccia di cordone ombellicale. Tolto il feto si esaminò la pelvi e si trovò che il tumore più grosso situato a sinistra, che si riteneva fosse l'utero, era un tumore solido, non fluttuante, situato all'esterno e non in connessione coll'ovaio sinistro nè coll'utero, mentre il secondo tumore situato a destra era l'utero normale per volume e consistenza. Il tumore situato a sinistra fu esportato e la donna guarì bene.

Il tumore ultimo levato era ripieno di una massa rossa, spugnosa, evidentemente tessuto placentare circondato da una membrana spessa un millimetro. Introducendo una sonda si veniva a dimostrare chiaramente che la placenta si era sviluppata nel lume della tuba. Dopo esame istologico delle parti esportate l'A. conchiude col classificare il caso descritto come una gravidanza intraperitoneale secondaria che ebbe origine da una gravidanza tubaria. È a notarsi come nella storia della malattia non vi sia indicazione di rottura: è probabile che il feto sia stato espulso attraverso l'ostio tubarico nella cavità addominale in conseguenza di contrazioni dei muscoli della tuba mentre la placenta rimase in posto, e che il cordone ombellicale metà entro e metà fuori della tromba abbia continuato in principio a funzionare normalmente. Altra ipotesi più probabile è che sia avvenuta una rottura della sacca fetale senza lacerazione di vasi importanti. Sia per

l'uno o per l'altro processo che il feto fu espulso dalla tuba, è certo che arrivò nella cavità addominale in uno dei primi stadi della gravidanza, vivo e racchiuso nel sacco amniotico, il quale gli ha permesso di svilupparsi resistendo al potere digestivo del peritoneo. Perchè questo sviluppo sia stato ad un tratto arrestato dalla morte circa al 6.º mese non si può dire. È possibile che a quest'epoca la placenta divenne insufficiente a soddisfare i bisogni fetali, o che la torsione del cordone ombellicale abbia ostacolata la circolazione, mentre l'immediato contatto colle intestina può anche aver esercitato una sfavorevole influenza sull'energia vitale. In ogni caso la morte avvenne senza rivelarsi all'osservazione clinica mediante l'espulsione di una decidua uterina. La morte del feto probabilmente fu causa dell'assorbimento del liquido amniotico e dell'agglutinamento dell'epidermide coll'amnios. Si deve ammettere anche che l'agglutinamento abbia incominciato durante la vita, ma non prima della completa formazione fetale, altrimenti le aderenze ne avrebbero impedito lo sviluppo e più probabilmente sarebbero state causa di mostruosità. È pure da notarsi il totale assorbimento del cordone ombellicale.

Discussione. — Dott. *F. Barnes*. Congratulandosi col dott. Napier per la diagnosi corretta e pel risultato dell'operazione nota come sia stato favorevole ad essa che la placenta fosse praticamente essicata e quindi non vi fosse pericolo di emorragia. In questo caso le pareti della cisti erano così alterate che non credeva che le suture avessero a tenere, pure l'A. le pose e con buon risultato.

Dott. *Mausell Moulin*. Ritiene che questi casi non siano così rari come generalmente si suppone. Crede che il vero piano da seguirsi in questi casi è, dopo passato il periodo della rottura della tromba cioè verso il quarto mese, di lasciar continuare la gravidanza non tanto per salvare il feto, ma per lasciargli il tempo di morire e di cessare la circolazione placentare perchè allora l'operazione è facile e senza pericoli.

Dott. *Inglis Parsons*. Ebbe a notare che tutti i casi di gravidanza extrauterina da lui visti nei quali la temperatura era elevata ebbero buona terminazione. Crede che l'alta temperatura indica la formazione di aderenze e l'isolamento del sacco dal peritoneo adiacente. Non crede che la paziente abbia avuto setticemia perchè non ne aveva la temp. e dubita che se vi fosse stata setticemia la paziente non sarebbe guarita così bene. Egli crede che si sia formata una comunicazione col retto, che vi fu decomposizione con peritonite locale attorno alla sacca che termina colla formazione di aderenze che chiusero la sacca fuori della cavità peritoneale.

Dott. *Lycett*. Crede tali casi più frequenti di quanto si suppone. Cita un caso da lui operato nel quale tolse senza difficoltà un feto maturo e libero nella cavità addominale. Lasciò il funicolo attaccato alla ferita addominale. Quattro giorni

più tardi la temp. cominciò a farsi elevata ed al decimo dovette riaprire la ferita e togliere la placenta che era molto grossa e la sua rimozione fu causa di emorragia imponente che però si riescì ad arrestare. La donna si riebbe e guarì bene. Il figlio era debole e deforme come lo sono di solito gli infanti extrauterini, visse cinque mesi.

Dott. *Heywood Smith.* Crede che sorpassato il periodo della rottura si debba, se la presenza del tumore non dà sintomi urgenti, aspettare e lasciare al feto la possibilità d'arrivare a termine.

Dott. *Bedford Fenwick.* Crede che la Società deve esprimere la sua opinione se avvenuta la rottura e la paziente si sia riavuta, si debba lasciare che l'ammalata sia esposta alla probabilità di una seconda rottura. Ritiene contrario agli ordinari principi di chirurgia, il lasciar continuare una gravidanza quando sia successa la rottura della sacca contenente il feto, anzi è sua ferma convinzione che sia miglior chirurgia l'operare appena che si sia diagnosticata la gravidanza estrauterina anche se non sia avvenuta la rottura, sebbene sia rarissimo che tale stato di cose venga scoperto prima che si manifestino i sintomi pericolosi.

Continuazione della discussione. — *The British Gynaecological Journal*, February 1892.

Dott. *Bantock.* Ritiene corretta la condotta tenuta dal dott. Napier. Circa al tempo nel quale si deve intervenire nei casi di rottura ed emorragia, crede che nessuno pretenderà che il medico sia giustificato di aprire l'addome appena sospetti la rottura di una gravidanza tubarica. Non solo la sua diagnosi può essere incerta, ma egli non avrà probabilmente la necessaria esperienza. Non ritiene indicato di operare quando la paziente è in collasso, perchè l'effetto del collasso è di diminuire la forza cardiaca, di rallentare la circolazione e di favorire così l'arresto dell'emorragia colla coagulazione e permettere la reazione. È vero che è principio chirurgico il chiudere un vaso che dà sangue, ma questo principio non è applicabile nei casi in discorso. Questi casi non sono chiari, e il chirurgo ha bisogno di tempo per considerarli in ogni loro aspetto. In ogni caso poi deve passare un certo tempo prima che il medico possa vedere l'ammalata, bisogna perciò aspettare i segni di reazione. Più sarà marcata e maggiore sarà la probabilità di successo. Cita un caso in proposito. Quanto all'esistenza della gravidanza ovarica, dice che nulla tranne la prova diretta potrà convincerlo della sua possibilità.

Dott. *Bland Sutton.* Il caso del dott. Mendes de Leon è di somma importanza e sebbene egli abbia grande interesse nell'argomento della gravidanza tubarica sia nel suo aspetto clinico che nel patologico, vuole ora restringere le sue osservazioni sulla seconda parte della questione. Due vie sono aperte a spiegare la

presenza del feto nella cavità peritoneale. La prima è che l'embrione sia stato spinto fuori dalla tuba in uno dei primi periodi della gravidanza, ma questa non richiede seria considerazione. Queste così dette gravidanze addominali, come le gravidanze ovariche, sono fondate su imperfette osservazioni. Crede corretta la seconda interpretazione del dott. Mendes de Leon, che cioè la gravidanza procedette sino al sesto mese quando avvenne una seconda rottura peritoneale e il feto passò dalla sacca gravidica nella cavità peritoneale accompagnato da leggiera emorragia e divenne lentamente mummificato.

Dott. *Reeves*. Quanto al caso del dott. Barret egli come chirurgo sarebbe stato disposto ad operarlo subito. Patologicamente la questione è più interessante. Ricorda una gravidanza ovarica. Aperto il foglietto anteriore del legamento largo trovò il feto e tolse il resto delle membrane col cordone. Cercò l'ovaio, ma non vi era. Domanda quale spiegazione si può dare di questo fatto. Non vi era la più piccola indicazione che la gravidanza fosse stata primitivamente tubarica. La tromba era perfetta. Questo caso e quello del dott. Barret lo convincono della possibilità della gravidanza ovarica.

Dott. *Routh*. Riguardo all'asserzione del dott. Sutton che è impossibile che il feto contragga aderenze e che derivi il suo nutrimento dal peritoneo, domanda come succede che vari tumori non in connessione coll'utero aumentano per mezzo della nutrizione che hanno dal peritoneo. Se è possibile per tumori perchè non lo è anche per un feto? Nel caso di rottura di gravidanza tubarica con pochissima emorragia, cosa impedisce alle membrane fetali di contrarre aderenze col peritoneo sul quale la placenta può estendersi? Se dopo che le parti sono divenute completamente organizzate non si può trovare il punto ove la sacca si è rotta, questo dopo tutto è quanto si deve aspettarsi. Nei casi di gravidanza addominale le membrane passate per la vagina devono prima aver esistito nella cavità uterina e il fatto che l'ovaio è, nella completa alterazione delle parti, scomparso, conta in realtà nulla.

Dott. *Smith*. Chiama l'attenzione sulla peculiarità della placenta nel caso del dott. Barrett. Sembra che sia stata separata in cotiledoni isolati l'uno dall'altro e funzionalmente distinti dalla porzione alla quale s'inseriva il cordone. Domanda al dott. Sutton se conosce qualche caso in cui rottasi la sacca ne sia sortito il solo feto mentre la placenta rimaneva nella sacca e continuava ad aumentare. Domanda se la nutrizione non era dai vasi omentali come egli ebbe ad osservare in un caso di cisti.

Dott. *Sutton*. Rispondendo al dott. Smith dice di conoscere tre casi nei quali fu espulso il solo feto mentre la placenta riteneva le sue connessioni colla sacca.

Dott. *Barrett*. Riguardo alla questione della gravidanza ovarica dice che quando egli pose l'espressione « probabilmente ovarica » alla sua comunicazione era più

per il desiderio di apprendere che per quello di porre e mantenere una tesi. Confessa che il suo desiderio di informazioni su questo punto non fu appagato. Le opinioni delle grandi autorità furono puramente distruttive nel loro criticismo. Egli è sicuro che il caso di lui esaminato non era uno di gravidanza tubarica. Le questioni alle quali sperava si rispondesse erano: 1.º Che ne era stato dell'ovaio? 2.º A qual classe di gravidanza apparteneva il caso? 3.º Perchè non era possibile la gravidanza ovarica?

Dott. *Napier*. Fa rimarchi su alcuni punti specialmente relativi alla gravidanza ectopica addominale. Quanto alla frequenza presenta una tavola compilata sui ricordi di nove dei più importanti ospitali durante gli ultimi tre anni, nella quale si trovano nove casi di gravidanza addominale arrivata oltre il sesto mese trattata colla laparotomia. Di certo è molto difficile l'avere statistiche esatte e ammette la possibilità che uno o due casi non siano registrati, pure il loro scarso numero mostra poco accurato l'asserto del dott. Moulin che la gravidanza addominale è comparativamente frequente. Passa poi a discutere se l'operatore deve scegliere l'operazione primaria o la secondaria. Pone la questione se è meglio operare colla speranza di ottenere un feto vivo quando sarà arrivato a termine o se è meglio aspettare sino a che il feto sia morto e la placenta presumibilmente vuota di sangue, o aspettare ancora più a lungo sino a che si abbia qualche sintomo d'urgenza. Nella tavola presentata, solo un'operazione fu primaria. Il feto fu salvato e contrariamente all'esperienza generale, era forte e ben formato. Sfortunatamente la madre morì d'emorragia.

Tutti gli altri casi furono secondari, ma in alcuni la placenta continuò ad aumentare dopo la morte del feto. Ora se si opera subito dopo l'evidenza della morte del feto si può trovare la placenta fresca e ripiena di sangue e se si tenta di staccarla si potrà avere emorragia seria e spesso fatale. D'altra parte se si aspetta sino ad un periodo secondario lontano, sino a che si possa ritenere la placenta vuota di sangue e staccata, si andrà incontro ad altri rischi, si potrà avere sepsi, peritonite o esaurimento. Determinato di operare bisogna stabilire la condotta da tenersi colla placenta. Vi sono tre vie possibili, ciascuna delle quali è applicabile in casi particolari: 1º togliere la placenta quando è staccata e facilmente staccabile senza grave emorragia. Questo fu fatto frequentemente con successo, ma altri casi morirono ed è degno di nota che il maggior numero delle morti si dovette ad emorragia secondaria piuttosto che a sepsi; 2.º lasciare la placenta e drenare la sacca, e 3.º tagliare il funicolo, lasciare la placenta e chiudere la sacca? L'emorragia può avvenire anche quando la placenta sia lasciata in posto; i tentativi per toglierla terminarono in molti casi fatalmente. Alcune autorità credono che nella gravidanza addominale la sacca sia sempre formata dal legamento largo disteso. È però evidente che ciò è giusto solo in parte perchè

il peritoneo in parte è stirato e forma parte del sacco, il platisma uterino può anche unirsi ad esso e venne osservato che parecchie gravidanze addominali non erano extra ma endoperitoneali. Pertanto nella gravidanza addominale non solo è chirurgia temeraria il togliere la sacca gravidica, ma nella maggior parte dei casi ciò è tentare l'impossibile. Nella gravidanza tubarica è un'altra cosa. Ritiene che la chiusura della sacca senza drenaggio resterà più un consiglio teorico che un metodo pratico. Il tagliare il funicolo quando si abbia a lasciare in posto la placenta è giusto, ma se si chiude la sacca si può avere un'emorragia interna fatale o la paziente può essere presa da setticemia. L'idea di lasciare la placenta in posto non è nuova, ha almeno 50 anni. Egli consiglia di fissare la sacca alla parete addominale, drenarla o se è necessario tamponarla con garza antisettica la quale oltre ad agire come drenaggio mantiene anche una pressione interna e previene l'emorragia. Nei casi come quello da lui riferito, quando vi sia peritonite settica e fistola fecale, il drenaggio è di assoluta necessità. Ritiene che quando si abbia una placenta fresca il periodo dell'emorragia indica egualmente il drenaggio, ma se lo ripone 24-48 ore si può togliere il drenaggio e lasciare che l'apertura cicatrizzi. Quando si abbia stillicidio di sangue è meglio continuare col drenaggio, sia col tubo o colla garza antisettica. Quando la placenta può essere tolta completamente senza emorragia e quando non vi sia ragione per sospettare infezione settica, si può scusare senza il drenaggio. Pure anche in questi casi il pericolo dell'emorragia è considerevole o un breve periodo di drenaggio, se fatto a dovere, non nuocerà e potrà prevenire accidenti post-operatori. Ritiene che si debba fare l'incisione sulla linea mediana e non due o tre pollici all'esterno come qualcuno vorrebbe. Non fa che accennare che facendo una doppia operazione, primaria per salvare il feto e secondariamente per togliere la placenta, se sopravvengono altri disturbi è senza dubbio l'ideale. In complesso il feto merita poca considerazione e l'operazione secondaria sembra sino ad ora più favorevole alla madre.

PIAZZA.

Dott. THOMAS NUNN. — **On maternal conditions in congenital syphilis** *(Sulle condizioni materne nella sifilide congenita). — The British Gynaecological Journal,* febbraio 1892.

Le gradazioni e il modo con cui lo stato del sangue materno, le condizioni uterine e dei tessuti annessi, affettano l'uovo di una donna soggetta a sifilide costituzionale e la parte che prende la placenta in una gravidanza sifilitica, domandano ulteriori spiegazioni, e vi sono ancora divergenze di opinioni quanto e se lo sperma di uomo che è stato una volta sifilitico può in qualsiasi tempo e in ogni modo infettare la donna indirettamente col mezzo dell'uovo e del feto. Ritenendo

possibile tale avvelenamento abbiamo, nel considerare le relazioni materne colla sifilide ereditaria, la madre da una parte ed un'uovo possibilmente contaminato dall'altra; immediatamente dopo che l'uovo è fecondato non è più esclusivamente della madre. L'infezione del feto pel sangue di madre sifilitica sembra essere inevitabile, pure furono ricordate delle anomalie. Quando la donna fu soggetta a infezione diretta prima della concezione la strada per la quale la malattia raggiungerà la progenie sembra certa. Ma dobbiamo domandare quando le qualità del sangue cominciano ad infettare l'uovo? È l'uovo di già sifilitico quando sta per passare nell'utero? È esso sifilitico nel senso che le particelle terminali di un uomo sifilitico si ritengono sifilitiche? È l'uovo per così dire che porta con se la sua sifilide o la contaminazione comincia solo quando esso comincia ad assorbire i liquidi materni dalle pareti uterine?

L'azione specifica della sifilide costituzionale nella donna da qualsiasi causa provenga, può mostrarsi negli organi riproduttivi, compreso la placenta, col produrre un'endometrite, una metrite interstiziale ed i cambiamenti limitati alla cervice. La placenta è coinvolta dalla endometrite che persiste durante la gravidanza e si hanno complicazioni riguardo al feto. Da vari autori furono descritte le alterazioni sifilitiche della placenta ed il dott. Madden dice che l'infiammazione della placenta è generalmente in origine sifilitica. L'alterazione della placenta per la cachessia materna sifilitica, quanto al sfuggire la placenta la degenerazione sifilitica, può spiegare il fenomeno, nel caso di gravidanza gemella, che un fanciullo nasca ammalato mentre l'altro è sano, cosa notata da parecchi autori. La degenerazione della placenta è per lo più descritta come inegualmente diffusa, come se fosse in aree circoscritte. Questa limitazione della alterazione morbosa, se le placente non sono distinte, può avere una parte nella trasmissione eccentrica del veleno sifilitico, ma con tutto ciò la cosa rimane ancora enigmatica.

La deteriorazione sifilitica del corpo dell'utero per sifilide costituzionale o per contenere un feto sifilitico può essere illustrata dal seguente caso. La paziente aveva avuto sintomi secondari prima della concezione. Donna di 31 anni, vedova, accusa forti dolori ipogastrici, stiramento in basso e dolori alle reni. Ebbe una gravidanza a termine 16 anni fa e 4 mesi più tardi s'ebbe dal marito infezione sifilitica — 16 mesi dopo ebbe un terzo figlio che ha ora 8 anni e non fu mai ammalato. Alla visita l'A. trovò l'utero molto ingrossato e dolente, leucorrea purulenta abbondante — le mestruazioni erano profuse ed accompagnate da dolori. Instituì una cura basata sulla convinzione che una discrasia sifilitica fosse la causa dei sintomi accennati e ne ebbe risultato soddisfacente. Siccome la sifilide materna era stata riconosciuta e curata, non è sorprendente che abbia avuto dopo un figlio sano, ma può darsi che la cura non sia stata continuata sufficientemente a lungo per sradicare la discrasia che dopo dieci anni le diede ancora i disturbi accennati.

La malattia sifilitica costituzionale limitata alla cervice può avere come suo sintomo più ovvio leucorrea profusa. Cita un caso in cui si aveva collo grosso e un po' appiattito e che presentava alla sua superficie e attorno all'orificio macchie grigie che avevano lo stesso aspetto che le macchie di ittiosi linguale di vecchia data. Il corpo uterino non era ingrossato. Parecchi anni prima era stata curata per sintomi di sifilide costituzionale. La condizione della cervice impedirà la gravidanza? Se questa avviene questo residuo di sifilide impedirà alla paziente di avere un bambino sano?

Un caso di infezione molto più recente avvenuto in gravidanza, nel quale si ebbe malattia della cervice fu osservato dall'A. nel 89. Nel settembre l'ammalata si presentò per ulcera al labbro inferiore e ingrossamento delle ghiandole linfatiche sottomascellari. Poco tempo dopo eruzione cutanea, ulcerazioni in gola e papule alla vulva. Partorì in ottobre, il fanciullo era sifilitico e morì dopo 14 settimane. Rivide l'ammalata ultimamente, accusa profusa leucorrea, ha gomme sifilitiche alla parte interna della coscia sinistra, alcuni punti di lepra sulla stessa gamba. Collo uterino ingrossato specialmente nel suo labbro posteriore che è molto congesto e bagnato da secrezione purulenta. I margini della bocca uterina sono di color rosso porpora. Prima della malattia le mestruazioni erano regolari, ma dopo irregolari, con intervalli di 5-6-7 settimane, la perdita dura dieci giorni e passa dei coaguli. Il marito non ebbe mai sifilide. In questo caso l'A. crede che se non fosse occorsa la gravidanza, forse i tessuti uterini non si sarebbero ammalati. Il feto poi contaminato dal sangue materno, svilluppò un nuovo focolaio d'infezione nell'utero e così lo rese sifilitico.

Una questione che lascia largo campo di investigazioni patologiche è l'infezione dell'uovo pel sangue della madre che sia essa stessa congenitamente o ereditariamente sifilitica, ed è tale che non sembra sia stata illustrata con molti esempi, probabilmente per la rarità di questa forma di trasmissione come per le difficoltà di ottenere dati positivi. Narra il caso di una donna (di circa 60 anni che presentava un'ulcera sul lato radiale dell'indice destro molto dolente. L'ulcera aveva l'aspetto sifilitico) che ebbe infezione sifilitica, ebbe una figlia che era sifilitica e che a sua volta ebbe una figlia che presentava i sintomi sifilitici sebbene non si fosse potuto trovare tracce di sifilide nel padre. Cita altri casi di sifilide trasmessa alla seconda generazione.

L'infezione della madre per sifilide del feto presuppone che l'uovo possa ricevere il virus sifilitico dalla fecondazione, ossia per lo sperma. Che ciò possa succedere, sebbene messo in dubbio da alcuni, è quasi da tutti ammesso. Bryant ammette che un uomo in buona salute un anno dopo che sia scomparso ogni segno di sifilide può avere un figlio sano, ma aggiunge che se la sua salute in seguito abbia a soffrire sembra che il veleno abbia il potere di ridestarsi ed i suoi figli

essere deboli o ammalati. L'A. ebbe a curare figli di padri che lui aveva conosciuti affetti da sifilide costituzionale alcuni anni prima del matrimonio, e non riscontrò in loro segni di malattia ereditaria. Riguardo alla trasmissione della sifilide da uomini che presero moglie nei primi mesi o anni dopo aver avuto sifilide primaria, questa è altra cosa. La contaminazione della moglie e, se diventa gravida, del feto, è quasi certa e in tali circostanze l'infezione rimane nella donna pronta a ridestarsi con virulenza per molto tempo se non fa una cura perseverante e ripetuta.

Le secrezioni di alcune lesioni secondarie, o le secrezioni di alcune mucose di persone che hanno sifilide costituzionale hanno una contagiosità non superata dalle secrezioni nella sifilide congenite, le quali sono state particolarmente caratterizzate da Diday come differenti da quelle della sifilide ordinaria per una potenza di contagio infinitamente superiore. È da queste secrezioni che la donna diventa direttamente contaminata, contaminazione della quale essa è ignara. La lesione iniziale prodotta dal contatto con un' individuo soggetto a sifilide costituzionale può essere così piccola da essere facilmente non osservata. L'A. non conobbe caso nel quale, contrariamente al suo avviso, l'uomo ha preso moglie e la donna non fosse contaminata anche quando non si ebbe gravidanza.

Può una madre che ebbe sifilide sia direttamente sia per mezzo del feto avere un figlio in perfetta salute? Questa è la quistione più vitale. Può la diatesi sifilitica esaurirsi? Qual grado di saturazione sifilitica raggiunge per ripetuta gravidanza da un marito sifilitico? Havvi una legge di diminuzione graduata dell'intensità sifilitica? Una diminuzione dell'intensità sifilitica può modificare l'apparenza dai sintomi sifilitici nella prole, e può la cura giovare? Una parola riguardo alla cura. L'A. osservò che la cura specifica durante la gravidanza sembra avere poco effetto e non salva il feto dalla sifilide congenita. A spiegare ciò l'A. suppose che il feto, essendo già sifilitico, col crescere continuò a dare alla madre del virus fresco e così i rimedi specifici sono neutralizzati o resi impotenti. Quando la gravidanza è terminata, la cura è potente. Si deve allora farla con forza e ripeterla periodicamente. Crede che sia solamente col ripetere la cura che si può ottenere l'immunità.

Possiamo noi sperare, dopo gli studi di Pasteur e Koch d'arrivare ad una maggiore conoscenza della natura della sifilide e stabilire un metodo di cura che al presente è solamente empirico?

Vi è una condizione materna di vitale importanza per il feto dopo la nascita ed è la capacità all'allattamento. L'infezione dopo la nascita pel latte della madre, la quale può esser diventata sifilitica durante l'allattamento, o della nutrice in eguale condizione o che abbia sofferto sifilide costituzionale al tempo che cominciò ad allattare come mercenaria, è una quistione importante, ma l'A. crede che l'opinione del dott. Gallois che il latte di una nutrice anche se sifilitica sia preferibile all'allattamento artificiale non sia sostenibile.

Discussione. — Dott. *Grigg*. Chiama l'attenzione sul fatto che l'A. non ha fatto allusione alla sifilide come causa di parto prematuro piuttosto che di aborto (opinione sostenuta dagli autori francesi e che coincide colla sua esperienza) e che nessuno abbia trattato un punto importante, il tempo cioè che deve passare dopo un' infezione sifilitica prima di contrarre matrimonio.

Dott. *Parsons*. Ebbe una volta opportunità di vedere la terza generazione. Crede che la maggior parte degli uomini sono guariti della malattia in due anni. Egli ebbe ad osservarne molti e la magglor parte ebbero figli sani anche dopo i sintomi terziari. Una classe di casi più interessanti è quella nella quale la madre non ebbe la malattia mentre la ebbe il padre che prese moglie prima di essere guarito. Date queste circostanze i figli ereditano la malattia e mostrano i sintomi usuali, mentre la madre non presenta sintomi; il figlio può non infettare la madre sebbene possa infettare la nutrice o qualsiasi altro non protetto da previo attacco. Apparentemente in questi casi la madre è per così dire vaccinata contro la sifilide durante la gravidanza del feto. In ogni caso vi sono ripetuti aborti seguiti da figli sifilitici; da ultimo la madre soffre di debolezza alle gambe e non può camminare che per breve tratto. Coll'ioduro di potassio tutti questi sintomi scompaiono. Una donna che ha sofferto di sifilide sembra che sia molto predisposta all'endometrite ed egli osservò che essa facilmente cessa col mercurio. Sembra che questa medicina giovi molto anche nelle endometriti non specifiche.

Dott. *Edis*. Crede che la cura si debba intraprendere appena che si sia riscontrata la sifilide e non aspettare che siavi gravidanza. In molte donne sterili nelle quali non si trovava causa di sterilità, la cura mercuriale colla locale diede risultati incoraggianti.

Dott. *Napier*. S'interessò molto dell'aborto abituale. L'influenza della sifilide nel produrre l'aborto prima del sesto mese fu molto esagerata. Non più del 9 0[0 di tali casi sono dovuti a sifilide. La sifilide congenita dipende o da debolezza del seme paterno che produce deficente struttura cellulare e potenzialità dell'embrione (spesso non mostrando la madre segni di sifilide) o da endometrite sifilitica cronica. — Una madre sifilitica può avere un figlio sano e questo in due modi: la vitalità del padre può essere tale da rendere l'embrione capace di resistere all' infezione del sangue materno, o la sifilide materna può essere latente e permettere una gravidanza sana. Crede che questo modo di vedere sia il giusto per molti casi. La reinoculazione è molto eccezionale. Egli crede che quando la sifilide è comunicata all'uovo solamente dal padre, l'infezione deve avvenire per mezzo dello sperma. Crede che il mercurio, per sè, sia un' insufficiente metodo di cura e pericoloso se si continua a lunghi periodi perchè agisce nuocendo ai corpuscoli rossi; deve essere sempre combinato all'arsenico e ferro. Le donne sifilitiche devono essere curate quando non sono gravide e non aspettare che sia avvenuta la gravidanza.

È consigliabile di raschiare l'utero e di applicare acido nitrico o nitrato acido di mercurio o qualche altro caustico potente onde togliere l'ipertrofia ghiandolare che si ha nell'endometrite sifilitica, altrimenti la cura costituzionale non sarà così benefica. La cura dell'endometrite col mercurio ha una base terapeutica perchè il mercurio dato internamente agisce favorevolmente sulla mucosa uterina ipertrofica sia la malattia specifica o semplice.

Dott. *Jearnley*. Crede essere fatto ben conosciuto che una madre sifilitica possa avere un figlio non sifilitico, e che l'aborto può essere impedito in una donna sifilitica col prendere piccole dosi di sublimato con ioduro di potassio tre volte al giorno cominciando dal terzo mese di gravidanza.

Dott. *Routh*. Fu detto da Guyot e da altri autori francesi che ogni secrezione di un uomo sifilitico, eccetto lo sperma, è contagioso. Ma se le ghiandole sudorifere e le altre secernono sostanza infettiva, la questione dell'infettività del seme praticamente importa poco. — Il dott. Nunn accenna ai casi di gemelli dei quali uno era sifilitico e l'altro no, ma per poter stabilire ciò bisogna provare l'assenza di due uteri e dimostrare che due padri non abbiano concorso alla loro produzione. Egli crede che è un fatto generalmente riconosciuto che si può impedire ad una donna sifilitica d'avere figli sifilitici. PIAZZA.

Dott. A. PURCELL. — **A Case with remarks of Shelling of the entire uterine tissue for malignant disease: recovery** (*Un caso con considerazioni di snucleamento di tutto il tessuto uterino per affezione maligna*). — *The British Gynaecological Journal,* February 1892.

Donna di 45 anni, che aveva avuto un bambino cinque anni prima, da tre anni andava soggetta a perdite leucorroiche miste a sangue, perdite che andavano aumentando e che al momento dell'ingresso erano costanti e accompagnate da dolori uterini intermittenti. Stabilita la diagnosi di cancro consigliò l'operazione che ora descrive.

Incisa la mucosa tutt'intorno al collo sino al tessuto uterino un mezzo pollice al di là della parte ammalata, venne spinto all'indietro, ed il tessuto uterino negli strati intermuscolari al di sotto del peritoneo, esportato colle forbici. Operando dalla parte sinistra le arterie inferiori uterine furono prese con pinze e legate. Ad ogni colpo di forbice la parte era spinta in alto col manico di legno di un porta spugne mentre si faceva trazioni sull'utero per vedere il punto da incidersi dopo e così continuò sino a che non rimase che una porzione di circa un pollice quadrato a destra. Trovò il fondo di Douglas aperto (evidentemente ciò avvenne quando fece l'incisione attorno al collo), utilizzando questa apertura pose

una pinza in modo da comprimere il legamento largo di destra ed i suoi vasi, e terminò di separare il tessuto uterino che ancora aderiva. Legati tutti i vasi lasciò la pinza in posto sul legamento. Pochissimo sangue fu perduto, vescica e ureteri non vennero toccati. Otto giorni dopo l'operazione fu trasportata in un'infermeria comune ed un mese e mezzo più tardi lasciava l'ospedale in buone condizioni.

Il dott. Jesset in un suo lavoro sul cancro dell'utero cita otto casi nei quali fece la esportazione del neoplasma colle forbici insieme ad una porzione conica di tessuto uterino sopra-vaginale e discusse sulla cura palliativa e radicale nel cancro uterino. Nel criticare quel lavoro l'A. diede all'operazione un nuovo indirizzo che deve essere il metodo nei casi adatti di soprasedere all'isterectomia vaginale, e dopo dieci risultati cerca di dare a tal metodo maggiore estensione.

Divide l'utero in tre parti a seconda dell'epitelio o ghiandole che si trovano in ciascuna parte. Il cancro può incominciare nella porzione vaginale, nella cervice, nel corpo. Il cancro della porzione vaginale comincia nell'epitelio stratificato, si estende alla volta vaginale e lungo le pareti vaginali superficialmente estendendosi presto al tessuto cellulare sottomucoso.

Il cancro della cervice comincia in uno o due punti, nella parte più bassa o nella parte più alta di essa. La malattia si estende in alto e in basso, eccetto in rari casi non si estende in alto nel corpo. Prima di aver coinvolto tutta la cervice probabilmente in alcuni punti avrà invaso il tessuto parametrico e questo è ciò che avviene molto prima che sia attaccato il corpo.

Tutto porta a credere che il cancro del corpo cominci solo nell'epitelio della superficie o delle ghiandole. A volte si trovano piccole masse cancerose nell'interno del corpo nei casi di cancro primario della cervice; è più ragionevole considerarle come nuove formazioni da centri indipendenti che come depositi secondari del cancro primario della cervice.

Può essere ritenuto come un' assioma che « tutti i casi di cancro dell' utero devono essere operati purchè si riscontrino ad un periodo sufficentemente iniziale da giustificare la speranza di ottenere la guarigione. » Tale speranza è giustificata quando la malattia non si è estesa al di là del tessuto uterino. I dati su cui generalmente si basa sono la mobilità dell'utero, l'assenza di indurimenti attorno ad esso e la mancanza di infiltrazione delle ghiandole. Si deve esaminare accuratamente per la vagina e pel retto e se è necessario nella narcosi. Ad onta di ogni cura l'esame clinico può ingannarci perchè la malattia può essere passata al di là dei limiti dell'utero senza dare alcuno dei sintomi citati. Il suo caso dimostra che tutto il tessuto uterino può essere esportato, ma ciò è sufficiente a prevenire la riproduzione? Il pericolo della riproduzione è maggiore o no quando si lascia in posto una parte dell'utero? In tutti i casi in cui si ebbe recidiva questa avvenne nel tessuto parametrico ed in uno solamente in quello. Questo dimostra

la possibilità di estirpare il cancro collo snucleamento e per quanto riguarda la ricorrenza nell'utero, l'estirpazione totale non presenta maggiori vantaggi. L'operazione totale impedisce tale recidiva più che le operazioni minori? A questo lascia che rispondano i risultati di operazioni analoghe, quali quelle sulla lingua.

Se la recidiva avviene dopo un certo periodo di tempo, da 18 mesi a due anni dopo l'estirpazione totale o lo snucleamento, si può ritenerla piuttosto una nuova produzione che una recidiva.

Risultati lontani. Dopo l'amputazione sopravaginale prima della menopausa per lo più si ha una complicazione. La cicatrizzazione del moncone produce stenosi del collo e il sangue mestruale non potendo sortire è causa di dolori e disturbi ovarici. L'A. tentò di rimediare a questo inconveniente ma senza risultato, tanto da dover consigliare in parecchi casi l'ablazione degli annessi. Crede che il metodo di snucleamento non porterà questa conseguenza.

Discussione. — Dott. *Reeves.* L'operazione descritta dal dott. Purcell non sembra altro che la rimozione sotto peritoneale dell'utero come venne già fatta in altri paesi. Egli crede che la rimozione completa si potrà fare rare volte perchè il peritoneo è fortemente aderente al fondo uterino. La stenosi che si produce dopo l'amputazione sopravaginale del collo è causa di reali difficoltà, cita un caso in proposito. Se l'operazione è fatta per tempo allora, per quanto riguarda la recidiva, non vede molto in favore dell'uno o dell'altro metodo, eccetto che la mortalità dell'isterectomia vaginale è molto bassa (non più del 5 0[0) è di più facile esecuzione e quindi di minor durata dello snucleamento.

Dott. *Bantock.* Crede che il voler togliere tutto il tessuto uterino non lasciando che il suo rivestimento peritoneale sia un metodo impossibile. Il peritoneo aderisce così fortemente al corpo uterino posteriormente, al fondo ed in avanti che è necessaria una dissezione accurata per separarlo. Quanto ai risultati osserva che le pazienti sembrano guarire senza che il metodo impiegato abbia importanza. È sua opinione, dopo averne esperimentati vari, che il metodo migliore è quello di separare la vescica dell'utero all'avanti, aprire la tasca del Douglas, applicare le legature ai lati, tagliare fra esse e il corpo uterino e chiudere in ultimo la breccia peritoneale. Preferisce suturare il solo peritoneo al metodo adottato dall'Olshausen il quale comprende anche la mucosa vaginale in questa sutura. Col primo metodo col quale le superfici tagliate sono escluse con cura dalla cavità addominale, qualsiasi gemizio di sangue si fa in vagina.

Per quanto riguarda la recidiva il dott. Purcell dimenticò di considerare un fattore importante, l'età cioè della paziente. Cita vari suoi casi; in una giovane signora di 23 anni alla quale esportò l'utero per cancro del collo, dopo 4 mesi eravi recidiva nella cicatrice mentre in una vecchia di 60 anni da lui operata da due anni non vi è recidiva. Egli fa anche una grande differenza a seconda che la malattia affetta da prima il corpo o la cervice. Ritiene che nel primo caso se si opera presto le probabilità per la paziente sono migliori che nell'altro. Non è partigiano della rimozione parziale dell'organo.

Dott. *Japp Sinclair.* Mostra un'utero estirpato nella giornata, è il suo

43.° caso di estirpazione totale. Egli operò col metodo di Olshausen perchè gli sembra un'operazione quasi perfetta. Non è innamorato del processo descritto dal dott. Purcell.

Dott. *Purcell.* Il metodo da lui introdotto è per la malattia della cervice quando il tessuto uterino non è infiltrato. Egli fece l'amputazione sopravaginale, rimosse delle porzioni coniche del tessuto uterino, ma ciò non è esattamente esportare l'utero. Non dice che lo snucleamento debba prendere il posto dell'estirpazione totale. Egli è favorevole a quest'operazione in una certa classe di casi, ma in certi altri è meglio esportarne solo una porzione. Nell'estirpazione totale non chiude il peritoneo. Il dott. Bantock non ha compreso il suo metodo: esso consiste nell'esportare il tessuto dopo che si ha superato i vasi uterini inferiori. Dopo questo punto non si hanno più disturbi quanto ad emorragia. Ritiene senza importanza l'aprire la tasca del Douglas e se ciò succede pone due o tre punti di sutura.

PIAZZA.

NOTIZIE

XI Congresso Medico Internazionle. Roma 1893. — Crediamo compiere ad un dovere rilevando come l'idea del prossimo XI Congresso Medico Internazionale di Roma sia stata accolta in Francia col massimo favore e come in grazia di un Comitato apposito costituitosi testè a Parigi sia assicurato l'intervento di numerosi e celebri medici e scienzati francesi; ne sono prova e conferma che la riunione mondiale del prossimo settembre in Roma è considerata colà come un avvenimento scientifico di grande importanza, le splendide accoglienze ricevute dal Segretario Generale del Congresso prof. Edoardo Maragliano recatosi a Parigi per mettersi in rapporto coll'Associazione della stampa medica francese a proposito del Congresso stesso.

Come sintesi di esse l'Associazione della stampa medica francese offrì un pranzo speciale al clinico italiano.

Il banchetto era presieduto dal prof. Cornil, e vi presero parte i sindaci dell'Associazione De Rause e Cezilly, i membri del suo Consiglio Giudiziario e quindici soci effettivi.

Il Presidente presentò il prof. Maragliano, il quale rispose ringraziando con parole affettuose e di viva simpatia verso la Francia.

Dopo breve discussione si deliberò quanto segue:

I. Per cura dell'Associazione della stampa medica è costituito un Comitato col titolo di *Comitato francese d'iniziativa e di propaganda per il Congresso internazionale di Roma nel 1893.* Questo Comitato ha per missione di assicurare con ogni sua possa la partecipazione della Francia al Congresso di Roma.

II. Sono nominati membri di questo Comitato tutti i soci dell'Associazione della stampa medica presenti al pranzo del 13 gennaio 1893, cioè i sigg. Cornil, presidente; Cezilly, De Rause sindaci; Chervin, Chevallereau, Delefosse, Doléris, Gorecki, Gougenheim, Joffroy, Laborde, Landouzy, Lereboullet, Meyer, Moure, Prengrueber, Ch. Richet; Baudouin segretario generale.

III. L'ufficio di Presidenza del Comitato composto di Cornil presidente, De Rause e Cezilly sindaci, e Marcello Baudouin segretario, darà tutte le in-

formazioni necessarie agli interessati ed a tutte le persone che in occasione del loro intervento al Congresso di Roma desiderassero visitare l'Italia.

IV. Tutte le comunicazioni relative ai lavori di questo Comitato debbono essere indirizzate al dott. Marcello Baudouin, segretario generale dell'Associazione della stampa medica, 14, Boulevard Saint-Germain, Parigi.

A Presidente del Comitato ordinatore della Sezione ostetrica e ginecologica del Congresso venne eletto il prof. **Ercole Pasquali.**

BIBLIOGRAFIA

A. AUVARD. — **Traité pratique de Gynécologie.** — Edicteur Octave Doin, Place de l'Odéon, 8, Paris, 1892.

Un libro recentemente pubblicato dalla Casa Editrice Octave Doin, di Parigi, che merita l'apprezzamento del medico pratico e degli studiosi della specialità, anche per una innovazione originale nella suddivisione e coordinazione del molteplici argomenti, è il trattato pratico di Ginecologia del dott. A. Auvard, già noto per altri importanti lavori, massime nel campo ostetrico.

È un magnifico volume in 8.° di circa 800 pagine, a caratteri nitidi, con 525 figure intercalate nel testo e 12 tavole in colore.

Tutte pregevoli per chiarezza e precisione, molte di esse, le figure schematiche e le tavole in colore ad es., tornano di grande aiuto per la interpretazione e la localizzazione di molte entità patologiche, che senza di esse difficilmente si prestano ad una chiara e precisa descrizione.

L'Autore nelle suddivisioni del suo lavoro deviando dall'ordine scolastico dei numerosi capitoli che trovasi in genere in tutti i trattati di Ginecologia, raggruppa in 15 capitoli (1), tutte le affezioni genitali compresovi quelle delle vie orinarie e del retto. In modo razionale e sintetico riassume in ogni capitolo l'eziologia, la sintomatologia e la terapia di affezioni eziologicamente ed anatomicamente analoghe, in modo da costituirne un assieme armonico e sintetico che aiuta a mantenere viva e chiara la impressione ricevutane colla lettura.

Fra questi capitoli, tutti d'altronde svolti succintamente ma in modo ordinato e completo, uno che merita speciale menzione per la sua originalità, e che l'Autore appunto intitola col nome nuovo di *Génitalité*, è precisamente quello che raggruppa tutte le infiammazioni dei diversi organi dell'apparecchio genitale, che pur avendo comune il momento eziologico si distinguono per la diversa successiva sua localizzazione. A complemento dello studio delle affezioni degli organi del bacino il dott. Auvard dedica due altri separati ed interessanti capitoli allo svolgimento delle malattie delle vie orinarie e del retto.

Nell'assieme questo trattato di Ginecologia è un lavoro ordinato, chiaro, pratico, che si legge volontieri e con profitto, e destinato certamente ad una meritata diffusione.

BERRA.

(1) 1. Patologia generale — 2. Terapia generale — 3. Vizi di conformazione — 4. Vulva e vagina — 5. Genitalità — 6. Deviazioni uterine — 7. Inversione uterina — 8. Emorragie periuterine — 9. Tumori genitali — 10. Vie orinarie — 11. Retto e bacino — 12. Addominopatie d'origine genitale — 13. Emmenologia — 14. Sterilità — 15. Diagnosi delle genitopatie.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XV. Marzo 1893. Num. 3.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF IRELAND
-6 MAY 93
LIBRARY

METRORRAGIE
DA PLACENTA PREVIA

PEL

Dott. GIUSEPPE RAINERI

Libero Docente di Ostetricia nella Regia Università di Torino,
Chirurgo-Ostetrico della Maternità di Vercelli.

TESI DI LIBERA DOCENZA

(Continuazione, vedi pagina 123).

ETIOLOGIA.

Le osservazioni dirette di Hofmeier del 1890 pareva avessero aperto nel campo dell'etiologia un nuovo indirizzo a cognizioni certe, allontanando un cumulo di supposizioni, che l'avevano fino ad allora occupato. Ma poco dopo le obbiezioni sollevate da Ahlfeld, le quali scemarono valore a quei reperti, riportarono le cose in una condizione di dubbi che studi ulteriori dovranno dissipare.

È inutile accennare alle teorie che già sono state confutate e respinte; ricordiamo invece che fra i momenti etiologici più accettati si trovano *l'ampiezza anormale della placenta* e un *ingrandimento abnorme della cavità uterina*, cui si aggiunge come causa favorevole *una particolare levigatezza dell' interno delle pareti*, per modo che l'uovo più facil-

mente è condotto a svilupparsi in basso, fecondato nel luogo più comune il terzo esterno della tuba, o anche in sito, come afferma il prof. Cuzzi, il quale ammette che la fecondazione possa avvenire eziandio nella cavità del follicolo rotto, nel peritoneo, nei 2[3 interni della tromba, nella parte alta e perfino nella parte *bassa* della cavità dell' utero (1). Fatto che verrebbe in appoggio dell' opinione di Negrier, Cazeaux, Duval, i quali spiegano l'anormale inserzione per ritardata fecondazione dell'uovo, fino al momento in cui questo nella sua migrazione abbia raggiunto il segmento inferiore.

L'*ingrandimento* della cavità uterina vien messo in conto della pluriparità o di condizioni e stati morbosi che rendono, secondo Holst, le pareti uterine più rilasciate, come i ripetuti aborti, le male avvenute involuzioni puerperali, le gravidanze ripetute e ravvicinate, gli interventi operatori in precedenti parti, ecc. E sebbene la malattia al dire di Müller, dall' insieme della statistica di diversi autori, si manifesti in tutti i paesi, in tutti i luoghi, in tutti i climi, in tutti gli stati sociali, in tutte le età, nelle più diverse costituzioni, la classe povera è la più colpita come la più disposta alla maggiore parte dei morbi e mancante delle necessarie cure e dei voluti riguardi specie nel puerperio. Concetti che espresse anche il prof. Chiarleoni (2) là ove accenna alle cause dell'ectopia placentare e scrive « come avvenga che la pluripara abbia la funesta prerogativa di questo grave accidente è cosa non facile a dirsi; ma però debbono entrare per buona parte, come elementi predisponenti, le poche o nessune cure che le donne, massime se del popolo, sogliono prendere, insufficientemente frenate come sono dalle levatrici, durante il tempo che l' utero una volta svuotato impiega a restituirsi nello *stato quo ante*. L' utero che per tutto questo rimane assai di frequente subinvoluto, finisce per avere non più una virtuale, ma una reale cavità, per cui l' ovo fecondato, assai facilmente, passando dalla tromba entro l' utero, potrà cadere più o meno basso ed anco fuori uscire. Ove si fissi in basso, ivi pure si avrà l' impianto della placenta colle sue gravi conseguenze. »

---

(1) Cuzzi. « Trattato di Ostetricia e Ginecologia, » in corso di pubblicazione, parte I, pag. 152.

(2) Chiarleoni. « La pratica ostetrica nel servizio di S. Corona in Milano, » 1882, pag. 13.

Quanto alla pluriparità, riferendoci a una tabella recente di Weber, abbiamo:

Autori	Ipara	II-III-IV-Vpara	VI-Xpara	X-XXpara	Multipara
Lomer.....	11	43	66	16	125
Nordman..	—	20	16	9	45
Tramer ...	3	14	12	4	30
Bhem	4	25	13	11	49
Iudell.....	8	30	27	9	66
Murphy...	2	5	6	2	13
Ahlfeld ...	1	3	5	2	10
Iungblulh .	—	2	4	1	7
Weber	8	27	8	10	45
Dylion	4	—	—	—	19
Auvard....	19	48	25	14	126
	60	217	182	78	535

Da cui risulta che su circa 600 casi solo il 10 p. 0[0 è dato dalle primipare, e ancora appare il contingente delle multipare (oltre le 9 gestazioni) quasi simile a quello delle primipare e pluripare insieme 277: 260. Nel 13 p. 0[0 dei casi l'inserzione viziosa poi colpì le donne le quali avevano avuto dieci o più parti e perciò si potrebbe (Weber) formulare la proposizione che *le donne le quali hanno partorito più di 9 volte danno numericamente un contingente più grande di quello più frequente delle primipare.*

Come in generale quando siamo in mezzo a fatti poco noti si ricorre volentieri pel desiderio di spiegare tutto alla *predisposizione individuale* (alcune donne, per esempio, avrebbero predisposizione all'aborto, *aborti abituali*) anche nella placenta previa la predisposizione venne invocata, basandola sulla evenienza della recidiva talora riscontratasi. Strauch, Rokitanschy, Wenzel, d'Outrepont osservarono donne in cui la inser-

zione previa si ripetè due volte; Hecher tre volte; Tompson e Outrepont quattro volte. Delle due donne di Ingleby nell'una *tre* volte, nell'altra *dieci;* secondo Read si sarebbe ripetuta nella stessa donna persino 15 volte!

Müller (1) su 923 donne verificò la recidiva solo 7 volte. Pestalozza nel suo articolo *Placenta* ricorda i casi di Ingleby e Menard: da una comunicazione privata, il dottor Turazza il 22 luglio 1892 nella donna della osservazione VII nel suo lavoro: « Osservazioni pratiche di placenta previa » nella *Rivista di Ostetricia* del 1891, trovò una seconda volta inserzione viziosa.

Ora se una predisposizione si vuole ammettere bisogna porla in rapporto colla presenza di stati speciali della matrice per cui alcuno dei momenti comunemente invocati siano possibili. In generale saranno predisposte le pluripare coll'appannaggio di frequenti morbi uterini che ne rendono rilasciate le pareti, o quelle donne nelle quali, come osserva Polaillon, vi ha una conformazione nell' utero che altera i rapporti fra diametro verticale ed orizzontale in favore di questo.

Nei casi speciali d' Ingleby le trombe faloppiane sboccavano nella parte bassa dell'utero.

Pestalozza (2) che aveva già accennato alle idee di Polaillon, le ribadì in un altro importante lavoro « *Fibromi d' utero e gravidanza*, » ove, incidentalmente, esprime il suo parere sul valore etiologico della *endometrite* portata generalmente innanzi come fattore della lisciezza nella cavità uterina. A pag. 39, a proposito della coincidenza dell' inserzione previa in uteri fibromatosi, osservata in 16 casi raccolti nella letteratura, avendone aggiunti 3 ai 16 già notati da Lefour è scritto: « Altro è constatare il fatto, altro è spiegarlo; che se la placenta previa appare piuttosto frequente nei fibromi d'utero, non penso però si debba sen'altro ammettere che la predisposizione sia fornita dalla concomitante endometrite. È questa una delle solite cause addotte per ispiegare l'insorgenza della placenta previa e la spiegazione passa indiscussa da autore ad autore: eppure in tesi generale nulla di meno vero dell'asserita lisciezza di una

---

(1) Müller. Lav. cit., pag. 152.

(2) Pestalozza. Art. « Placenta. » *Enciclopedia* cit., pag. 35.

mucosa uterina infiammata. Se questa lisciezza può essere la rara conseguenza ultima di una flogosi distruttiva atrofizzante, nella gran maggioranza dei casi l'endometrio per lo stato di infiammazione anche cronica è in istato di turgore e di rigogliosa vegetazione; e così lo troveremo sempre nelle endometriti concomitanti all'esistenza di fibromi.

« Lasciando dunque da parte tale poco attendibile interpretazione, la predisposizione alla placenta previa potremo sempre trovarla in quei casi, non rari, in cui per la presenza del fibroma la cavità deformata trovasi anche più ampia della normale in modo da concedere eccezionale libertà di emigrazione all'uovo fecondato nel momento in cui raggiunge il cavo uterino. Si pensi anche al modo peculiare ed irregolare di sviluppo della cavità quando l'utero è affetto da fibroma, talchè il diametro trasversale può eccedere o predominare sul verticale anche ad utero vuoto. »

A semplici accidentalità si devono riferire i casi osservati con una certa frequenza nelle stesse famiglie, Kuhn, Duntzer, Zeitfuchs, Genth (1).

A titolo di curiosità scientifica registriamo anche la maggior frequenza in determinati tempi, perfino in determinati mesi; evenienze che condussero alcuni ostetrici (Saxtorph, Spiegelberg) a ricercare per la placenta previa un'influenza epidemica. Ai casi di Saxtorph e Vigand che si potrebbero moltiplicare, aggiungiamo, per ciò che spetta gli anni, quelli recenti di Weber (2). Nella clinica di Monaco su 897 parti nel 1889 si incontrò l'inserzione viziosa 10 volte, nel 1885 due, nel 1887 tre. Secondo Turazza (3), il mese di luglio sembrerebbe il più propizio, precisamente il contrario di quanto aveva notato Holst che osservò i suoi casi nel più forte dell'inverno. Del resto dei 17 casi di Müller 8 avvennero nell'inverno, gli altri in estate, autunno e primavera.

Circa l'età, da una tabella di Müller (4), in 248 casi appare che dai 30 ai 40 anni la malattia suole colpire con maggior frequenza, essendosi notato: dai 13 ai 16 *nove* volte, dai 17 ai 20 *tredici,* dai 21 ai 25 *trentatre,* dai 26 ai 29 *trentasette,* dai 30 ai 35 *settantatre*, dai 36 ai

---

(1) Müller. Loco cit., pag. 154.

(2) Weber. Lav. cit. pag. 7.

(3) Turazza. « Osserv. pratiche di placenta previa » cit., estr. pag. 8.

(4) Müller. Lav. cit., pag. 48.

40 *cinquantaquattro*, dai 41 ai 47 *ventinove*, dai 48 ai 50 *zero*. E Weber, riportando le osservazioni di Hecher (1) separando le primipare dalle pluripare, nelle prime avrebbe riscontrato maggior frequenza tra i 20-29 anni, e nelle pluripare tra i 30-40. Secondo Truzzi (2) invece, d'accordo in ciò con Aschenborn e Eckhardt, esisterebbe una eccedenza nella media tra le primipare attempate e la media delle primipare in genere. Colla voluta riserva per la scarsezza delle cifre — non figurando la placenta previa che in un sol caso della sua statistica — la media per le attempate sarebbe 0, 37 p. 100 e nelle adulte (3 casi per 1333 osservazioni), di 0, 22 p. 100. L'eccedenza, opportunatamente nota il prof. Truzzi, potrebbe essere in rapporto coi concetti etiologici più comuni della placenta previa, come un' affezione morbosa uterina, causa talora di protratta sterilità.

Le professioni, le malattie generali pare non abbiano alcuna influenza, e parlando della *frequenza* avremo occasione di completare questi dati.

L' *anormale ampiezza* della *placenta* è pure ormai da molti accolta fra le cause.

Donzellini (3) pel primo vi richiamò l'attenzione; egli coll'appoggio di Gusserow, Bidder e Schroeder, i quali sostennero che l' inserzione normale della placenta corrisponde con pari frequenza alla parete posteriore ed alla anteriore e relativamente in rara misura alle laterali, e di Pinard che la placenta si inserisce sul segmento medio e sull' inferiore più frequentemente che sul segmento superiore, dati i diametri medii della placenta e le misure della cavità uterina che *approssimativamente* desunse dalla lunghezza dell'asse longitudinale del feto pell'altezza, e dalle cifre dei diametri traverso ed antero-posteriore dell'utero al fine della gravidanza, riuscì a provare che, pur inserendosi l'uovo in sede normale, ove il massimo diametro della placenta sia diretto in senso verticale e alquanto superiore al normale, può invadere la zona pericolosa del segmento inferiore.

---

(1) Weber. Lav. cit., pag. 18.

(2) Truzzi. « Primipare attempate. » Milano, 1889, pag. 128.

(3) Donzellini. Mem. cit., estr. pag. 10 e seg.

Il ragionamento di Donzellini era appoggiato a quattro osservazioni cliniche, nelle quali le placente avevano le seguenti misure:

1.ª	diametro	massimo	cent.	28	minimo	12
2.ª	»	»	»	30	»	16
3.ª	»	»	»	26	»	14
4.ª	»	»	»	25	»	18

L'asse minore era sempre disposto trasversalmente.

La teoria sostenuta da Donzellini messa in rapporto colla frequente coincidenza di dimensioni abnormi nella placenta previa è certamente molto razionale.

In appoggio di essa uscì più tardi un mio piccolo lavoro (1) nel quale io portava un'altra osservazione clinica, in cui l'enorme ampiezza della placenta (che aveva un diametro massimo di 29 e minimo di 24), verosimilmente per la sua ubicazione dovette essere ritenuta come causa, non avendo potuto, neppure colla scorta dei reperti anatomici essendo la donna venuta a morte, ammettere la presenza di altri momenti etiologici. Ricordai la facilità di inserzioni viziose nelle placente succentoriate e multilobate per l' eventuale ingrandimento della loro superficie, accennando ai casi di Küneke, Loviot Mundè, Saenger, e ai più recenti di Ribemont-Dessaignes e di Porack. Ricordai Barnes che nelle gravidanze gemellari aveva già notato la probabilità di inserzione sul segmento inferiore della placenta, perchè questa può richiedere una più larga estensione d' impianto.

Poi in confronto delle misure del diametro massimo date da Schröder, Delore e Lutaud, Lusk, Charpentier, ecc. fatta una media di 186 parti a termine avvenuti nel triennio 1886-87-88 e nei primi 3 mesi del 1889, trovai che il diametro massimo era in media di 20,1 cent., oscilllando fra un minimo di 14 ed un massimo di 32. E sui 186 casi, 24 placente avevano un diametro massimo superiore ai 22 cent., cosa che proporzionatamente si verificò una volta su 7,7, rilevando che in certa frequenza la placenta ha uno sviluppo assai superiore di quello che si legge; e sebbene i nostri dati fossero pochi, leggiere variazioni in più

(1) Raineri. « Contributo alla etiologia della placenta previa. » *Morgagni*, 1890.

dimostravano che anche ad inserzione normale dell'uovo, la placenta può rendersi previa.

E ancora fra le cause d'inserzione anormale Levret portava l'attacco marginale del funicolo; mi risultò dall'esame di 59 placente con inserzione marginale su 258 parti, che l'inserzione speciale del funicolo coincideva con le placente più ampie; delle quali tre con diametri massimi di 24-26-32 cent. furono previe. Da ciò dedussi, senza pretendere d'infirmare la teoria di Levret, che le placente con inserzione marginale del cordone, si trovano previe non per il fatto dell'attacco stesso, ma perchè in realtà sono le più ampie.

Di quel breve contributo clinico non va dimenticata una parte originale, sulla quale quasi nello stesso tempo con esami diretti si affermava anche l'Hofmeier: e difatto a spiegare l'insolita ampiezza, contro l'opinione di Barnes, che la sosteneva secondaria all'inserzione previa per pressione della testa fetale, ammessibile solo in alcuni casi, io, ricordata la struttura del corion e delle decidue nelle prime fasi e l'epoca della loro differenzazione azzardai un'ipotesi, quella cioè della possibilità dello sviluppo della placenta non soltanto sulla *serotina*, ma anche sulla *reflessa* quando per avventura la circolazione nei villi, supponendo un rapido e grande sviluppo dell'allantoide, si fosse mantenuta abbondante ovunque, e la *reflessa* avesse, conservando i primitivi caratteri, seguite le sorti di una comune *serotina* e soggiungeva (1): « È un'ipotesi qualsiasi, non « basata sulla osservazione diretta, la quale però non ci pare impossi- « bile; di essa troviamo un riscontro nei fatti di anatomia comparata, « che ci paiono di un certo valore. Nei cetacei (balenoptera sibbaldli, « ovra gladiatoria, phocoena platanista, orcella) secondo Turner, e nelle « troie, secondo Ercolani, si avrebbe una placenta detta *diffusa* svilup- « pata a spese di villosità sparse su tutta la superficie coriale; nei « *lemuridi*, nei quali, secondo Milne-Edwards, si riscontrerebbe una « placenta in forma di campana, Turner avrebbe ancora osservato una « placenta *diffusa*, cioè la stessa disposizione dei villi come nelle troie « e nei cetacei, e una grande allantoide che aiuta a formare il corion (2).

---

(1) Raineri. Estratto a pag. 11.

(2) Kölliker. « Embriologie de l'homme, » pag. 370.

« Nulla di strano pertanto che rispetto alle placente di cui ci occupiamo « si tratti per avventura come Ribemont-Dessaignes (1) nota a proposito « delle placente multilobate, e per citarne una della bidiscoidale, di « esempi interessanti di ritorno a un tipo inferiore di organizzazione. »

Hofmeier (2) venuto in possesso di un utero a circa metà della gravidanza, inviatogli dal dott. Syppel di Francoforte sul Meno nell'inverno 1887-88, constatò direttamente quanto io aveva supposto.

L'utero apparteneva a una donna perfettamente sana che morì per essere caduta da una finestra e conteneva una gravidanza gemellare. Il risultato dei reperti macro e microscopici diede che la parte di placenta che giaceva libera sopra l'orifizio uterino, non poteva essersi sviluppata dall'opposta parete e dalla rispettiva mucosa uterina, ma sull'originaria decidua reflessa e in quello stadio in cui questa non ha ancora prese aderenze colla decidua vera; processo che anch' egli ritiene possibile quando persistano i villi nella porzione laeve del corion e in via di eccezione si conservino buone le condizioni di nutrizione nella reflessa, avendo ricordato che il collegamento dei villi coriali colla superficie della serotina, nelle prime 4-6 settimane è precisamente simile a quello della reflessa e simili parimenti si mostrano le due decidue.

Per quanto sia accettato universalmente il *dogma* della formazione della placenta sulla serotina già si era persuaso della possibilità dello sviluppo sulla reflessa esaminando un utero gravido fra i 2-3 mesi avuto da un' isterectomia vaginale, la cui figura con Benckiser riportò in una tavola del lavoro « Beiträge zür anatomie der Schvangeren Uterus, 1888, » possibilità che ritenne non tanto rara, sebbene in uovi abortivi raccolti da anni ed anni non si sia accennato a nulla di simile per la difficoltà d' imbattersi in prodotti fra il 2.° e il 3.° mese completamente interi o per la mancanza di diligenti esami.

Benchè nell'utero esaminato la placenta non aderisse intimamente al segmento inferiore e rispettivamente non si fosse sviluppata su di esso, indubbiamente credette potersi tuttavia trattare di *placenta previa tipica*. Se fosse ancora durata la gravidanza la decidua reflessa si sarebbe

---

(1) Ribemont-Dessaignes. *Annales de Gynécologie*, settembre 1887.

(2) Hofmeier. « Die Menschliche placenta, ecc. » Wiesbaden, 1890.

saldata colla vera, sarebbe cioè entrata in scena una lieve aderenza col segmento uterino inferiore e il caso anatomicamente non si sarebbe potuto differenziare da quelli classificati per *placenta previa.*

Respinta l'opinione che l'anomalia possa originarsi per un tardivo espandersi della placenta sull' orifizio interno, appena ammessibile, e tanto meno dell' impianto dell'uovo sull'orifizio stesso nel quale, per la sua grossezza al momento in cui arriva nell'utero, dovrebbe cadere, salvo sia chiuso per tumefazione della mucosa in dipendenza della gravidanza, la nuova teoria, al dire di Hofmeier, servirebbe mirabilmente a spiegare altre particolarità anatomiche, spesso coincidenti coll' inserzione viziosa, quali la placenta succentoriata, nello stesso modo, teoricamente almeno, spiegata anche da Küstner, la placenta membranacea o spuria, e i fatti clinici inerenti, quali la facilità del distacco nel lobo previo, la frequenza dell'atrofia di esso non dipendente dall'emorragia, ma funzionale in relazione col fortuito scarso nutrimento portato dalla reflessa alla corrispondente placenta, la levigatezza della parete uterina nel luogo ove il lobo aderiva in confronto delle rugosità lasciate dai comuni impianti di placenta.

« Si potrebbe pure, continua Hofmeier, facilmente capire perchè nella placenta previa spesso le emorragie vengono in scena nelle ultime settimane della gravidanza. Facendo astrazione dei casi in cui tali viziate inserzioni più o meno frequentemente nei primi mesi conducono ad aborti, è un fatto provato che le emorragia nei casi nei quali non avvenne l'aborto compaiono nel IX-X mese. Se si avesse una formazione di villi coriali circolarmente attorno all' orificio interno, o un tardivo espandersi di questi sovra l'orifizio interno, dovrebbero gli spazi intervillosi essere in comunicazione col canale cervicale. E poichè indubbiamente il sangue materno circola in questi, così si deve pensare che esso dovrebbe fluire dal canale cervicale medesimo.

« Ahlfeld (1) pensa infatti che da una primaria proliferazione della decidua vengono occhiuse queste vie; le due faccie opposte delle decidue secondo lui si salderebbero e sarebbe chiusa questa parte libera ai villi come egli dimostra ne' suoi preparati. Solamente al cominciamento

---

(1) Ahlfeld. « Verhandlg d. 11 Gynäkol Congress. » Bd. 11, p. 156.

del travaglio questo rivestimento deciduale verrebbe a rompersi ed allora sorgerebbe la emorragia.

« Gli si può però opporre che una proliferazione della decidua all'orifizio interno non è mai assolutamente stata provata da alcuna preparazione, neppure nei casi di condotto cervicale totalmente conservato; e che quindi non è presente alcun fondamento per ammettere che altrimenti succeda quando i villi si stabilirono attorno all' orifizio interno. Appunto il bel preparato disegnato da Ahlfeld nel quale sopra l'orifizio interno si vede un lobo placentare grande quanto un pezzo di due marchi, libero, aderente circolarmente ad esso e alla superficie libera rivestito da una spessa decidua, mi sembra provare la giustezza della mia teoria. Non avvengono in questo caso emorragie perchè la placenta in questi casi vien divisa dall' esterno mediante la decidua. Solamente alla fine della gravidanza colla forte distensione di queste parti per la formazione del segmento uterino inferiore, si hanno rotture in questo rivestimento e quindi emorragie. Che queste emorragie possano bastare per sè a produrre la morte della paziente, ce lo conferma sempre il caso di Ahlfeld, nel quale la morte per emorragia era avvenuta senza che fosse entrato in scena un qualunque distacco della placenta dalla superficie uterina (1). »

Circa le cause pensa che l'ipertrofia della reflessa si debba mettere in rapporto colla frequente endometrite, la quale favorisce la proliferazione della decidua per sè stessa talora sufficiente origine di aborto.

Al congresso di Berlino del 1890, richiamando la teoria di Donzellini e il mio lavoro e le osservazioni di Hofmeier, insistetti nuovamente sulla *anormale ampiezza* in modo primario spiegabilissima pei dati dello stesso Hofmeier, quale causa di inserzione viziosa (2).

Ma le opinioni di Hofmeier validamente appoggiate poi da Kaltenbach (3), ricordate già nei recenti trattati di ostetricia tedeschi, venivano completamente combattute da Ahlfeld (4).

---

(1) Hofmeier, pag. 22 e seg., lav. cit.

(2) Raineri. « Contribution à l'étude de l'étiologie du placenta praevia. » Band. III, pag. 293. Verhandlungen der X Intern. Med. Congr.

(3) Kaltenbach. *Zeitschrift fur Geb. und Gyn.*, Bd. 18, p. 13.

(4) Ahlfeld. *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, Bd. XXI, Heft. 2 in *Ann. de Gynés.*, luglio 1892, pag. 55.

Ecco riassunte le sue obbiezioni:

a) l' uovo gemellare sul quale Hofmeier trovò la dimostrazione anatomica era così leso che è legittimo dubitare delle conclusioni desunte;

b) pur ammettendo vera la maniera di vedere di Hofmeier si avrebbe avuto a fare con una *placenta spuria;*

c) e verosimilmente, non si avrebbe neppure avuto la formazione di una *placenta previa apparente* (spuria); il tessuto placentare della porzione sulla caduca reflessa situato profondamente si sarebbe atrofizzato — in seguito allo sviluppo dell' uovo — e a questo livello non si sarebbe trovato che una reflessa spessa, come si osserva frequentemente alla periferia della placenta;

d) i due uteri estirpati con isterectomia vaginale per degenerazione cancerosa sono ancora meno proprii a servire di fondamento alla teoria di Hofmeier-Kaltenbach e può darsi che si trattasse di un processo normale in quei casi, imperocchè per una parte l' uovo non si inseriva abnormemente in basso e d' altra parte la trasformazione del corion frondosum in laeve non era ancora terminata.

La teoria novella sempre secondo Ahlfeld non spiegherebbe i fenomeni soliti nel corso della placenta previa:

a) del rilassamento e del ramollimento del segmento inferiore e del collo;

b) dell'emorragia durante la gravidanza;

c) della formazione di trombi constatabili sull' utero puerperale al livello dell'orifizio interno;

d) dell' aderenza stretta del lobo previo soventi osservata colla caduca;

e) dell'inserzione marginale propria della porzione placentare che si presenta per la prima, inserzione così comune nei casi di placenta previa e che, stando anche a Schultze, si farebbe sempre nel luogo ove il funicolo trova maggior nutrimento verosimilmente non certo su un lobo accessorio;

f) delle numerose anomalie di forma della placenta previa;

g) della recidiva, che dovrebbe essere più frequente, se restano immutate le condizioni dell' endometrio in una gravidanza vicinissima, mentre invece a gestazioni così complicate seguirono poco dopo gravidanze affatto normali.

Le ragioni di Hofmeier e di Kaltenbach contro la teoria antica sono impotenti ad abbatterla. Ahlfeld sostiene:

1.° L'innidamento primitivo dell'uovo nelle vicinanze e perfino al di sopra dell'orifizio interno è perfettamente possibile, perchè all'inizio della gravidanza l'orifizio è ristretto pel fatto dello sviluppo della caduca, dato da una irritazione della incipiente gravidanza, ammessibile se si pensa ai fenomeni generali nervosi che seguono già il coito fecondante.

2.° A misura che si compie lo sviluppo eccentrico della cavità uterina, l'uovo può molto bene svilupparsi dal basso all'alto.

3.° Si comprende che il corion dell'uovo, sito molto in basso, può svilupparsi ulteriormente sull'orifizio interno, se l'uovo per circondarsi della reflessa impiega più tempo di quello che si crede in generale.

4.° La teoria antica elucida sufficientemente i fenomeni che segnalano l'evoluzione della placenta previa, col fatto che la porzione più bassa del segmento inferiore uterino è realmente trasformata in caduca e infine spiega meglio i fatti clinici ed anatomici relativi.

Nella memoria citata Weber (1) contro la teoria di Hofmeier-Kaltenbach riporta le obbiezioni di Ahlfeld, condivise per la massima parte anche da Winckel, sotto la cui ispirazione il suo lavoro venne compiuto.

Venendo all'etiologia si appoggia all'idea di un impianto primitivo dell'uovo in basso nelle vicinanze dell'orifizio interno. Ricorda cause *dirette* che influiscono su questa migrazione dell'ovolo, il quale, prima di essere fissato può soggiornare 5-6 giorni nella tuba (Winckel), ed anche alcuni giorni nell'utero dopo la avvenuta fecondazione di esso, riferendosi in parte alle antiche teorie, al dì d'oggi rievocate anche da Pinard, come una forte *erezione* dell'utero per liberarsi dalle mucosità, scosse in seguito a lunghi viaggi in ferrovia subito dopo il concepimento, colpi di tosse, cui si potrebbe aggiungere il soverchio ballare del nostro Guattani, ecc., insomma una quantità di piccoli fatti diretti, che sfuggono talora all'osservazione del pratico, ma che certo debbono avere un'azione, specie quando sieno presenti le cause disponenti favorevoli, che noi abbiamo conosciute, e che sono anche per Weber l'*allargamento*

---

(1) WEBER. « Casuist. Beitr., etc. » Berlin, 1892, pag. 11 e seguenti.

e il *rilasciamento* del segmento inferiore per multiparità, per gravidanze ripetute e vicine, per anormale involuzione uterina da puerperii malcurati, da non seguito allattamento. — Anche la prevalenza del diametro trasverso uterino, già invocata da Polaillon e da Pestalozza, osservata da Gueniot, è indirettamente ammessa quando accenna alla predisposizione data da cattiva configurazione congenita, — *utero unicorne*, *bicorne* — o acquisita per tumori. Tutte le malattie dell' endometrio a cominciare dal semplice scolo bianco, ammesso da Scanzoni, alle più gravi vengono poste fra le cause predisponenti, come quelle — sebbene non sia chiarito il rapporto dell'endometrite colla placenta previa — che possono occasionare anormali sviluppi della placenta — ispessimenti, lobi succentoriati ed eventualmente un *abnorme accrescimento in superficie*, anche da lui invocato in alcuno dei suoi casi come causa di inserzione viziosa.

Recentemente Ahlfeld, a conforto di quanto aveva sostenuto (1) riferì un'osservazione da cui risultò che l'uovo era primitivamente inserto sul segmento inferiore dell' utero e che la placenta si sviluppò fino all'orifizio interno.

Ora pur tenuto conto delle serie obbiezioni di Ahlfeld parci, confortati da quanto abbiamo nei ripetuti lavori sostenuto circa l'ampiezza primaria della placenta, come momento etiologico di ectopia di essa, non si debba tuttavia di un tratto rifiutare la teoria che nei dati di Hofmeier aveva avuto così autorevole conferma anatomica e che per *taluni casi* soddisferebbe anche alle esigenze cliniche.

Comunque, aperta la via alle ricerche in questo senso, è legittimo per noi sciogliere l' augurio che tal punto controverso nel grave argomento della patogenesi della placenta previa venga in un tempo non lontano dilucidato.

---

(1) Ahlfeld. « Ein neuer beitrag zur lehre von der placenta praevia. » *Centrabl. f. Gynaekologie*, N. 12, 1892.

FREQUENZA E PRONOSTICO.

L. Müller riassumendo le cifre di numerosi osservatori su 876432 parti trovò 813 volte l'inserzione previa, ossia la frequenza di 1 su 1078 parti.

Tali ragguagli giungono fino al 1870.

In questi ultimi tempi la frequenza appare aumentata, al dire di Weber, per un complesso di ragioni, sia per reale accrescimento della popolazione nelle città, sia perchè vengono nelle cliniche accolti i casi più gravi, sia perchè la diagnosi viene meglio e per tempo accertata.

Mentre alla clinica di Monaco dal 1865 al 1884 su 18289 parti si incontrarono 19 casi, ossia uno su 963, dal 1884 al 1890 su 5078 se ne incontrarono 34, ossia 1 su 150.

La differenza dai dati di Müller appare meglio nella seguente tabella (1):

Tarnier	1855-1885	su parti	46900	l'inserzione previa	appare	145	volte	ossia	1	per	323.0
Winckel . . .	1879-1887	»	8500	»	»	30	»		1	»	283.0
Pajot	1855-1885	»	25509	»	»	110	»		1	»	214.0
Rotunda	1883-1886	»	4514	»	»	23	»		1	»	195.0
Weber-München	1884-1889	»	5078	»	»	34	»		1	»	150.0
Dresden fino al . .	1888	»	5779	»	»	45	»		1	»	128.4
Lomer » . .	1884	»	6862	»	»	136	»		1	»	50.0
Halle » . .	1884	»	2598	»	»	68	»		1	»	38.0
	Totale		103740			591	colla media di		1	per	175.0

Nella maternità di Vercelli nel decennio 1881-91 su 700 parti così distribuiti: 85 nel 1882; 71 nell'83; 64 nell'84; 48 nell'85; 77 nell'86; 69 nell'87; 71 nell'88; 92 nell'89; 103 nel 90; 120 nel 91 l'inserzione previa si sarebbe notata *otto* volte, ossia nella proporzione di un po' più dell'1 p. 0[0. In tanta discrepanza, opportunamente osserva Berta Dylion, non è facile rispondere prontamente al quesito della frequenza.

Molti autori ammettono che s'incontri una volta su mille e ciò è troppo poco. Nelle Maternità d'altra parte, accumulandosi i casi più gravi,

(1) Weber, pag. 7.

la proporzione è eccessivamente considerevole, per cui riesce difficile dire ciò che è; conviene meglio, senza dare una cifra, ritenere con Pinard che *l'inserzione viziosa è molto più frequente di quanto generalmente si ammette* (1).

Circa la varietà dell'inserzione si ha:

Weber (2) Clinica di Monaco).	8	volte	*centrale*	su	53	casi	=	al 15	per 0[0
Winckel	10	"	"		64	"		" 16	"
Lomer	25	"	"		136	"		" 19	"
Auvard	29	"	"		145	"		" 20	"
Olshausen	22	"	"		68	"		" 33	"
Güsserow	38	"	"		107	"		" 35	"
Tramer	13	"	"		33	"		" 40	"
Nordmann	19	"	"		45	"		" 42	"
L. Müller	748	"	"		479	"		" 50	"
Ingerslew	24	"	"		56	"		" 42	"
Murphy	9	"	"		15	"		" 60	"

Müller in 131 casi di placenta marginale ha trovato l'inserzione: alla parete anteriore 13 volte, alla posteriore 15, alla destra 49 e alla sinistra 54.

La placenta centrale sarebbe più frequente nelle multipare che nelle primipare; Müller su 436 donne, di cui 366 erano multipare, 90 primipare, trovò:

Placenta marginale	—	59	primipare	e 164	multipare.
" centrale	—	31	"	202	"

Kuhn su 46 donne, delle quali 6 erano primipare, non ha trovato l'inserzione centrale che una sol volta in una primipara.

Nei 53 casi di Weber (3):

In	8	primipare	2	volte	marginale	— 6	laterale	— 0	centrale.
"	26	pluripare	3	"	"	— 19	"	— 4	"
"	19	multipare	2	"	"	— 13	"	— 4	"

(1) Dylion, citata pag. 19.

(2) In Weber, pag. 8.

(3) Weber, pag. 9.

Nei casi uniti di Nordmann, Tramer e Bhem:

In	8 primipare	2 volte	marginale	—	5 laterale	—	1 centrale.
»	57 pluripare	9 »	a	—	27 »	—	21 »
»	63 multipare	4 »	»	—	36 »	—	23 »

* * *

Per stabilire un pronostico, avuto sempre riguardo al fenomeno capitale dell'emorragia, dobbiamo innanzi tutto studiare l'influenza che l'anormale inserzione esercita sulla *gravidanza*, il *parto*, il *secondamento* e il *puerperio*.

La gravidanza, l'abbiamo già notato, è soventi interrotta, dando luogo a seconda del tempo all'*aborto* o al parto *prematuro*. A proposito dell'aborto ci siamo altrove intrattenuti, e sebbene le osservazioni non siano numerose, perchè probabilmente molti casi non sono accertati, tuttavia vanno tenute nel debito conto.

La frequenza del parto *prematuro* risulta poi dimostrata nelle varie statistiche. Parmi perfettamente inutile riferirle partitamente; risulta quasi unanime l'accordo nello stabilire che *la gravidanza è generalmente interrotta a partire dal settimo mese e specialmente durante l'ottavo e il cominciamento del nono* (1).

Dylion nel riassunto di 1158 parti riporta che l'interruzione avanti il nono mese si sarebbe verificata 562 volte e 596 volte il parto sarebbe avvenuto a termine. Pinard su 392 parti avrebbe notato 167 parti prematuri e 225 a termine (2).

Nella statistica di Weber su 34 casi l'epoca della durata della gravidanza si sarebbe verificata così:

Mese	IV-VI	VI-VII	VII-VIII	VIII-IX	IX-X	X
Placenta praevia marginalis . .	1	1	3	—	1	—
» » lateralis . . .	3	3	2	1	5	8
» » centralis . . .	—	—	—	1	1	4

(1) Dylion, pag. 37.

(2) Cit. da Dylion.

Da essa appare che la durata della gravidanza è maggiore nei casi di inserzione centrale che non negli altri, sebbene tuttavia l'emorragia si mostri in quelli più per tempo. Anche secondo Lorenz (1) in 42 casi tipici di placenta previa centrale della clinica di Schroeder, nel 71 0[0 dei casi la gravidanza avrebbe avuto la durata normale, spiegata colla eguale resistenza per ovunque opposta, per la sua sede e per la sua forma, alle forze espansive (Weber).

In confronto delle primipare colle pluripare e le multipare, da una altra tabella di Weber, su 53 casi della Clinica di Monaco, e con 145 di Auvard, emergerebbe ancora che la *gravidanza si interrompe più per tempo nelle primipare*, *mentre nelle multipare si ha una relativa lunga durata:*

I. **Primipare.**

	Auvard (145)	Weber (53)
a) Placenta praevia marginalis	7 3[4 mese	8 mese
b) " " lateralis .	8 "	7 3[4 "
c) " " centralis .	8 "	— "

II. **Pluripare.**

a) Placenta praevia marginalis	7 3[4 mese	6 1[4 mese
b) " " lateralis .	8 1[4 "	8 1[2 "
c) " " centralis .	8 1[4 "	9 1[2 "

III. **Multipare.**

a) Placenta praevia marginalis	8 mese	6 1[2 mese
b) " " lateralis .	8 1[4 "	8 5[6 "
c) " " centralis .	8 3[4 "	9 1[2 "

La inserzione previa quando non compromette così direttamente la vita del feto, interrompendo la gestazione, occasiona con frequenza notevole le *presentazioni trasversali*, con pronostico sfavorevole per la

(1) Lorenz. « Dauer der Schwangerschaft. bei Placenta praevia cent. » Diss. Berlin, 1885.

madre e per il bambino, perchè influiranno l'andamento del parto ed eventualmente la perdita stessa. Frequenti sono pure le presentazioni podaliche e le procidenze del cordone; condizioni tutte dannose per la vita del feto. La presentazione podalica secondo Charpentier, Müller, Lomer, Winckel si verificherebbe nel 9 p. 0[0 circa dei casi, secondo King nel 5 p. 0[0 e secondo Weber nel 14 p. 0[0.

Il parto può farsi *spontaneo* direttamente o dopo che si è già intervenuti correggendo ad esempio una presentazione anormale; ma più sovente è *artificiale.*

Sul modo del parto Müller dà il seguente specchietto, da cui appare anche l'esito per madre e feto:

Modo del parto	Num. dei casi	Madri		Bambini		Esito sconosc.	Totale
		guarite	morte	morti	vivi		
1.° Spontaneo . .	87	74	13 (14.9 0[0)	28 (32.1 0[0)	50	9	87
2.° Con intervento	—	—	—	—	—	—	—
a. Operazioni preparatorie . . .	117	104	13 (11.1)	64 (54.2)	49	5	118
b. Artificiale . . .	651	509	142 (21.8)	345 (57.8)	269	45	659
Morte senza aver partorito. . . .	18	—	18	18	—	—	18
Totale	873	687	186	455	368	59	882

Il secondamento talora è *normale*, talora o per l'emorragia o per aderenze abnormi, sulle quali altrove è detta qualche parola, è *naturale* o *artificiale.*

Nordmann in 45 casi di inserzione viziosa della placenta nota solo 12 volte il secondamento spontaneo, in 21 il naturale, col metodo di Credé, e 10 volte l'artificiale (1). Alla Clinica di Dresda però, è duopo ricordarlo, quando ha avuto luogo un intervento, si procede al secondamento subito dopo il parto.

(1) Cit. in Dylion, pag. 147.

Lomer (1) su 136 praticò 5 volte il secondamento *artificiale*. Charpentier su 141 casi, raccolti da diversi autori, ha rilevato che il secondamento spontaneo si verificò 262 volte e l'artificiale 78 volte.

Si è già accennato alla possibilità di emorragie post-partum in seguito ad inerzia uterina, o per lacerazioni sotto brusche manovre nel segmento inferiore anormalmente vascolarizzato. Nordmann su 45 casi l'osservò 5 volte. Oberman (2) nota la gravità delle emorragie post-partum più considerevoli che nel parto normale; su 15 casi in 13 fu obbligato a praticare il massaggio, le iniezioni d'acqua calda, in 2 casi dovette suturare il collo dell'utero.

Il puerperio per le condizioni di anemia fatte alla donna e la conseguente aumentata attività ai fenomeni di assorbimento, pei maneggi fatti nell'atto del parto, favorevoli al trasporto di microrganismi in zona assai bassa della matrice, che presenta una quantità di boccuccie aperte allo elemento infettante, è frequentemente patologico. Mad.e La Chapelle aveva già rimarcato la maggior predisposizione delle donne, che ebbero placenta previa, al puerperio anormale. Nella statistica di Müller su 921 casi, e 212 di morte, per febbre puerperale e per altre malattie del puerperio il decesso si sarebbe verificato in 100 casi. Questa cifra desunta dalle tavole di osservazioni in epoche anteriori alle pratiche antisettiche fortunatamente ai dì nostri si è enormemente abbassata.

Nelle 40 osservazioni di Nordmann 25 volte il puerperio fu normale, 9 volte si constatò una leggiera elevazione di temperatura, 4 volte accidenti febbrili, 2 volte la parametrite, 1 volta la mania puerperale.

In 15 casi di Obermann 7 volte il puerperio decorse fisiologico, e 5 volte patologico senza però letali conseguenze.

Dalla statistica riportata da Weber riportiamo questi numeri, in cui in genere per rispetto al modo del parto, al secondamento, alle metrorragie post-partum e all'andamento del puerperio appare:

Nei 19 casi di Hecker fino al 1884, in 4 il parto si sarebbe fatto spontaneamente, in 15 colla versione e coll'estrazione.

19 madri	mortalità	4 =	21 p. 0[0
	morbilità (casi gravi)	5 =	26 p. 0[0

(1) Cit. in Dylion, pag. 125.

(2) In Dylion, pag. 128.

19 feti	partoriti vivi . .	12
	» morti .	7
	morti appena nati	7
	rimasero vivi . .	5

Dei 19 casi in 6 si fece l'estrazione artificiale della placenta; in quasi tutti il puerperio fu patologico. In 2 si ebbero *emorragie* post-partum ed in 1 una metrorragia nel puerperio. In 5 casi vi fu grave febbre puerperale.

I nominati 4 casi di morte furono cagionati 3 per infezione 1 per emorragia.

Nei 34 casi di Winkel dal 1884 al 1890:

34 madri .	mortalità 7 = 20 p. 0[0	
	morbilità 4 = 4 p. 0[0	
36 bambini (2 gemelli)	morti prima del parto	11
	» intra-partum .	14
	partoriti vivi . . .	11
	di questi: senza capacità vitale	6
	di questi: rimasti vivi	4

In quest'epoca però alla clinica di Monaco figurano casi gravissimi trasportativi dalla città.

In 34 casi il parto fu affatto spontaneo 5 volte; il tamponamento venne praticato 27 volte e 12 di questi casi finirono poi *spontaneamente;* negli altri parti furono *artificiali.*

In 11 casi si praticò il secondamento *naturale* col metodo della spremitura. In 8 si verificò l'emorragia durante il secondamento e *post-partum* più o meno leggiera. In 11 casi il puerperio fu affatto normale; in uno si verificò l'esacerbazione di un'antica parametrite, in uno febbre per tubercolosi, in uno pleurite, in parecchi rialzi di temperatura passeggeri; fra le donne che morirono, si notò in una, profondamente anemica, endometrite cervicale e paracolpite icorosa, in un'altra *miodegenerazione cordis*, in una terza metro-flebo-trombosi, ecc. In un altro caso di grave infezione la donna venne a guarigione.

Il pronostico, riassumendo, si mostra perciò grave per la madre e grave per il feto.

Per il *feto* stanno i pericoli dell'aborto e del parto prematuro, delle presentazioni di tronco o del podice, della compressione del cordone,

dell' asfissia in rapporto col distacco della placenta o colla durata del travaglio, occasionata dalla stessa anormale presentazione, dalla rottura precoce delle membrane, frequentissima secondo Lacaille e Pinard, notata anche da Pestalozza, quando il distendimento del segmento si fa in modo rapido e brusco, o da rigidità del collo (1), o dall'emorragia talora direttamente, ecc. Le facoltà vitali del feto — ad inserzione viziosa della placenta — paiono di molto diminuite, perchè secondo Lacaille (2) *il luogo d'inserzione della placenta più favorevole allo sviluppo ed alla nutrizione di esso è il fondo o per lo meno il terzo superiore dell'utero.*

Per la *madre* quelli della gravità ed abbondanza delle emorragia, delle condizioni di anemia consecutiva, dell' interruzione della gravidanza, dell'andamento del parto e del puerperio.

Nel pronostico della madre va tenuto conto di una causa di morte su cui insistette Kramer nel 1888 (3), della penetrazione di aria in vagina e nell'utero, assorbita dalle vene, più facile nei casi di placenta previa. Nella donna morta ad Olshausen, affetta da placenta previa nella quale questi aveva appena tentato il rivolgimento sotto cloronarcosi, all'autopsia si rinvenne aria nel cuore.

Una volta la mortalità era rilevante; moriva *una* donna su *tre* e la mortalità dei feti era di *due* su *tre*. I risultati attuali paiono molto più favorevoli, specie per la madre; ma è impossibile stabilire una cifra esatta, molto variabile a seconda dei metodi di cura.

(Continua).

---

(1) MÜLLER ad esempio su 153 casi ha trovato l'orifizio uterino:

Mese	stretto o rigido	poco aperto	molto aperto	molle
V	1	—	—	—
VI	1	—	3	—
VII	6	5	9	3
VIII	21	7	23	5
IX	8	10	9	3
al termine della gravid. .	11	15	65	4
	48	37	109	15
			124	

(2) In DYLION, pag. 25.

(3) « Riport. in GUZZONI, pag. 760. » *Morgagni*, 1888.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. L. Mangiagalli.

DOTT. CARLO DECIO

LA CORRENTE GALVANICA
nella cura dei fibro-miomi dell'utero

INTRODUZIONE.

In questi ultimi anni molto si scrisse sulla Elettroterapia Ginecologica, e specialmente sul trattamento elettrico dei fibromi uterini. Quasi tutte le pubblicazioni ci provengono dall'estero; poche, a mia cognizione, sparse ed incomplete sono le osservazioni che sull'argomento si possono trovare nella letteratura italiana, laonde credo di far opera non del tutto vana, rendendo noti i risultati da me ottenuti coll'energia elettrica nella cura dei fibromiomi dell'utero. Partigiano in debita misura della efficacia che talora può avere una tale terapeutica, non mirerò certo a volerla rendere una panacea universale, come taluni entusiasti; e bene disse il Gautier in seno dell'ultimo congresso di Berlino, che nella pratica della elettroterapia, in generale due cose sono da evitare; l'entusiasmo esagerato, e lo scetticismo troppo severo. Io poi sono d'avviso, che generalmente la maggior parte degli elettricisti, occupandosi di una sola branca della ginecologia, non ha la opportunità di controllare i propri risultati, costituendo dei paralleli fra i diversi trattamenti, dal che ne risulta forse una certa quale parzialità di giudizi.

La mia esposizione senza preconcetti mostrerà un coscienzioso bilancio sia dei felici risultati, come anche degli insuccessi; mirerà a

sbarazzare la tecnica operativa da alcuni impacci e da alcune soverchie cautele, le quali io credo si oppongano alla diffusione del metodo, e viste le azioni della corrente e i suoi effetti sopra i tessuti, chiuderò il mio dire con alcune conclusioni. Certo che nelle mie pagine si troveranno ripetizioni di cose già note, ma da cui non potrò esimermi, desiderando dare a questo lavoro un carattere, per quanto mi sarà possibile, completo.

E se alcunchè di originale, o di utile mi verrà fatto di esporre, sarò lieto di diffonderlo fra i miei colleghi connazionali, col desiderio che qualcuno di essi possa con proprie esperienze controllare le altrui, e mi sarà altresì cosa grata l'aver ricordato allo straniero, che anche la patria dei Volta e dei Galvani non dimentica l'elettroterapia, branca della moderna terapeutica, dalla quale, come assai a proposito osserva il Mundé (1) « molti si astengono perchè non vi credono, o perchè non « la comprendono, e non credendovi per preconcetto, non si degnano « neppure di studiarla. »

Ma prima di por mano a questo lavoro mi sento un dovere, e cioè di rendere le mie più sentite grazie qui pubblicamente all'ottimo mio maestro il prof. Luigi Mangiagalli, il quale ebbe la bontà di mettere a mia disposizione non solo tutto il ricco materiale del Comparto Ginecologico da lui diretto, ma volle altresì affidarmi il grato incarico della elettroterapia presso l'ambulatorio, ove all'uopo veniva istituito uno speciale impianto, grazie a benevole acconsentimento dell'On. Consiglio degli Istituti Ospitalieri.

STORIA.

Una dettagliata esposizione storica della elettroterapia ginecologica, e specialmente di quella diretta alla cura dei fibro-miomi dell'utero, dopo le numerose pubblicazioni sull'argomento, riuscirebbe superflua, e qualora io m'accingessi a ritesserla, non farei che ripetere ciò che venne già ampiamente esposto da non pochi. Però parmi più utile ed interessante il riassumerla ne' suoi periodi, segnando di volo il merito di coloro che ad essa portarono modificazioni apprezzabili, e di quelli che

(1) Paul F. Mundé. « De l'électricité en gynécol. » Trad. francese di Ménière. Parigi, 1888.

collo studio e colla esperienza cercarono di dare una spiegazione razionale dei fatti, dissipando in parte quelle nebbie, che avvolgendo, direi quasi, nel mistero una tale risorsa terapeutica, la rendevano sotto il ciarlatanesco aspetto dell'empirismo.

E quivi piacemi ricordare, non che *la carità del natìo loco mi stringa* in modo soverchio, ma per un puro sentimento di imparzialità, che le applicazioni delle correnti continue alla medicina e chirurgia in genere furono iniziate dal cremonese dott. Ciniselli fino dall'anno 1847. È a lui che la scienza va debitrice della scoperta della galvanocaustica chimica (sulla quale Apostoli ha fondato il proprio metodo), allorquando ritentando le prove di Pétrequin per guarire piccoli aneurismi mediante l'agopuntura, l'illustre elettricista cremonese diede la razionale spiegazione di quel gravissimo accidente, che costituiva il danno ed il pericolo della puntura stessa colla succedanea emorragia alla caduta dell'escara. Già fino dal 1847, lo ripeto (1), egli dichiarava quale partito potevasi trarre dalla azione chimica dell'elettricità sopra i tessuti organici introducendola nella pratica chirurgica come mezzo cauterizzante chimico, e fondando così le basi della galvanocaustica chimica.

Nel 1860, nella tornata del 5 settembre, presso la Società di Chirurgia di Parigi (2), lo stesso Ciniselli, per invito dei prof. Broca e Verneuil, presentava una comunicazione nella quale si trovavano compendiati i frutti de' suoi studi sull'argomento.

Oltre alla azione cauterizzante prodotta dalla forza calorifica della corrente, egli trovò che i tessuti sui quali la corrente aveva agito presentavano delle escare, che evidentemente erano state prodotte senza notevole aumento di calore. Tali escare chiamò *formate dalla azione cauterizzante chimica dell'elettrico*, assai diverse da quelle prodotte dalla elettricità trasformata in energia termica; ne vide il diverso modo di formazione, e segnò i peculiari caratteri relativi ai due poli. Vide che l'escara del polo + rassomigliava a quella prodotta dagli acidi, e per converso quella del polo — era del tutto simile a quelle che soglionsi ottenere coi caustici fondenti e cogli alcalini. Dimostrò che le cauterizzazioni di tal genere accadevano tanto sui tessuti viventi quanto sul

---

(1) *Gazzetta Medica di Milano,* anno 1847.

(2) *Gazette des Hôp.,* 1860.

cadavere; e convinto che esse si producevano per l'effetto degli acidi e degli alcali sviluppantisi dai tessuti medesimi per mezzo della corrente, distinse la galvanocaustica in *termica* e *chimica* e quest'ultima a sua volta in *acida* o *positiva* ed *alcalina* o *negativa.*

Velpeau (1) nella seduta del 17 gennaio 1866, presso la Società Imperiale di Chirurgia di Parigi, presentava a nome del Ciniselli, membro corrispondente, una memoria stampata contenente una serie di osservazioni sopra l'impiego della galvanocaustica chimica nella cura dei polipi naso faringei, e nella quale era accennato *che dopo la caduta delle escare, senza apparenza di mortificazione, alcuni tumori erano scomparsi.* Sorse la discussione circa la priorità del metodo [che già era stata riconosciuta doversi a Ciniselli, alloraquando Jules Guerin lo difese contro gli attacchi di Nélaton (2)] e di nuovo Guerin e Verneuil dichiararono che « la question de priorité ne peut être douteuse; la méthode, quels que soient les perfectionnements, est bien à M. Ciniselli. » Nè valse a diminuire il merito della scoperta dell'illustre cremonese, ciò che scrisse nel 1871 l'Amussat (3) sulla galvanocaustica chimica, la quale, secondo l'autore, dovevasi attribuire a Fabré-Palaprat.

Ciò premesso seguiamo rapidamente i progressi della elettroterapia nella cura dei fibromi uterini. Lucien Carlet (4) nella sua tesi dice che le prime osservazioni risguardanti la cura elettrica dei fibromi ci provengono dall'America e colla data dell'anno 1871 troviamo il nome di Cutter, del 1873 quello di Brown, del 1874 quello di Kimball, e del 1876 quello di Gaillard Thomas. Ma, aggiunge egli, regnava una grande incertezza sulla tecnica operativa dei citati autori. M.lle Felicia Jakubowska (5) cede invece che i primi tentativi sarebbero da far risalire al 1868 e da attribuirsi a Chéron, il quale usando di deboli intensità, poneva un elettrodo sull'addome, ed un altro rappresentato da un tampone umido era introdotto in vagina. Ben diverso era il tecnicismo di Cutter, il quale con elettrodi stiliformi trafiggeva il tumore passando attraverso

---

(1) *Bulletin de la Soc. de Chirurgie,* 1866.

(2) *Gazette médicale,* 1864, N. 31.

(3) *Gazette médicale de Paris,* 1871, N. 41.

(4) « Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus. » Paris, 1884, Doin édit.

(5) « Des résultats immédiats et éloignés du traitement élect. etc. » Paris, 1890, Doin édit.

alle pareti addominali. Semeleder, allievo di Cutter, continua le esperienze del maestro di poco modificandone la tecnica e la pubblicazione sua appare nel 1878 (1).

Nel 1877 il nostro Omboni (2) rendeva noto un caso di fibromi uterini sottomucosi da lui trattato colla elettricità, ma notisi, non col metodo di Cutter come piace al Carlet di accennare, e dopo di lui al Temeswary ed a M.lle Jakubowska. Il Carlet ciò dicendo dimostra o di non aver letto o di non ricordare la nota originale dell'Omboni (di cui tra parentesi riferisce eziandio una citazione errata, per quanto riguarda la fonte bibliografica) nè il riassunto inserito nell'opera di Ciniselli « *L'elettrolisi e le sue applicazioni terapeutiche* » poichè in allora avrebbe detto che il tumore fu attaccato dalle vie naturali, mentre il processo di Cutter, per usare le parole dello stesso Carlet, consiste nel penetrare « dans la tumeur « *à travers les parois abdominales* à l'aide de longues aiguilles à acupun- « ture, » il che mi sembra ben differente. Nè ciò basta; poichè nella classica opera di Tripier, edita nel 1883, a pag. 211 viene testualmente riprodotta la osservazione di Omboni che Carlet ha certamente dimenticata (3).

Qualora egli avesse voluto vedere nella tecnica usata dall'Omboni una qualche rassomiglianza con altre, forse l'avrebbe potuta trovare altrove (4), e se la detta memoria fosse stata meglio consultata, di certo non avrebbe obliata l'altra importantissima osservazione, che non fu mai citata da alcuno all'infuori di Tripier (5) e da Gautier assai recentemente (6), e che per questo mi compiaccio di trascrivere. Essa spetta all'italiano dott. P. Coggi, dirigente una sala della Maternità di Cremona.

« Una contadina di 49 anni, per segni puramente razionali, perchè « mancavano i segni certi, sembrava essere gestante da 5 mesi. Il dottore « Coggi riconosce pure la presenza di un polipo di consistenza carnea, « del volume di un uovo di colomba, sporgente pel tratto di 3 cent. dalla « bocca dell'utero. Esposto alla luce mediante lo speculum vengono in

---

(1) *The american journal of the medical sciences.* An. 1878.

(2) *Gazzetta medica delle provincie venete,* 1877, N. 48.

(3) « Leçons cliniques des maladies des femmes. » Edit. Doin.

(4) SEVASTOPULO. Thèse de Paris, 1875.

(5) Loco citato, p. 213.

(6) *Revue internationale d'électrothérapie,* febbraio 1892.

« esso infissi 2 aghi pel tratto di alcuni centimetri, comunicanti coi poli « della piccola pila Grenet ad 8 coppie, la corrente è protratta a 10 « minuti, senza che la donna dia il più piccolo segno di soffrirne, ne « risultano 2 escare assai pronunciate. L'operazione non è seguita da « accidenti o da reazione, e dopo il distacco delle escare il tumore si « riduce di tanto che dopo 15 giorni non ne rimaneva più traccia visibile « sicchè la bocca dell'utero mostravasi chiusa, e la cervice ridotta alla « normale conformazione. In seguito rimanendo stazionario lo sviluppo « dell'utero, senza manifestarsi i segni certi della gestazione, conser- « vandosi del resto buona la nutrizione generale, la donna veniva licen- « ziata. Dopo un mese essa diede alla luce un feto Vmestre morto ma- « cerato. Del polipo non si rilevò più alcuna traccia. »

Ma prima ancora dell'Omboni e del Coggi nel 1875, al dire di Onimus (1) un medico di Aix-les-Bains, un tal Brachet, avrebbe messo in opera la elettricità a curare un fibroma uterino, solo guidato da un preconcetto empirico, ed avrebbe ottenuta la guarigione, ma anch'esso con un metodo tutto affatto speciale; non usava elettrodi genitali nè stiliformi, ed oltre a ciò usava interrompere la corrente. Nel 1879 per opera di Aimé Martin (2) troviamo nuovi tentativi unitamente all'abbozzo di una teoria da lui chiamata *elettro-atrofica*. Egli non oltrepassò mai coll'elettrodo l'orificio uterino interno. Piacemi qui il riportare un brano che tolgo dalla sua memoria: « Après avoir épuisé contre cette affection « (fibrome) tout l'arsenal médicamenteux que le codex met à notre « disposition, j'eus l'idée de recourir à l'électricité. Je ne songeais pas « à en appeler à l'action chimique des courants continus, à l'électrolyse; « j'espérais plutôt trouver dans l'effet électrodynamique de ces courants « une force capable de provoquer la dénutrition des tumeurs. » Quasi contemporaneamente il Chéron rendeva noti i propri risultati favorevoli (3); anch'egli soleva interrompere la corrente. In prosieguo Leblond, Brouardel, Verneuil convengono nella efficacia della corrente quale mezzo terapeutico dei fibromi. Nel 1881 Gaillard mise in opera tale trattamento,

---

(1) « Etude physiologique et pathologique sur l'électrisation de la matrice. » *Archives Génerales de Médec.*, 1883, pag. 641.

(2) *Annales de Gynéc.*, 1879.

(3) *Gazette des Hôp.*, 1879.

ma i risultati resi noti dal suo allievo Pegoud (1) non furono gran fatto soddisfacenti. Uno dei poli era costituito da una sonda metallica spessa, con bottone a forma di oliva, il quale veniva introdotto nel canale cervicale, e quando ciò non poteva ottenersi, veniva adattata una spugna contro la cervice uterina. L'altro polo era formato da una lamiera metallica coperta di cuoio imbibito di acqua salata. Egli usò sempre di correnti troppo deboli.

Infine non va dimenticato A. Tripier, il quale con una serie di lavori originali, indipendenti gli uni dagli altri, fu veramente l'inventore della elettroterapia ginecologica e che secondo il Brivois dovrebbe meritare un posto a parte nella storia dei trattamenti elettrici (2).

Tuttavia, nella elettroterapia dei fibromi, fino al 1882 poco o nulla si sapeva di preciso sia nella tecnica come nei metodi, per la qual cosa chi usava la corrente in un modo e chi nell'altro, o sempre raggiungendo soltanto intensità troppo deboli. Routh ed Althaus (3) invero avevano affermato che le correnti di grande intensità potevano rendere ottimi servigi agevolando un movimento di assorbimento, ma, ripeto, nessuno aveva osato oltrepassare certi limiti, e forse per tali motivi appunto il Pegoud (4) scriveva che la corrente costante non aveva alcuna influenza sullo sviluppo del tumore, e che non diminuiva le perdite di sangue, anzi le produceva.

Col 1883, per merito del dott. Apostoli di Parigi, la elettroterapia ginecologica fece dei reali progressi, entrando, per così dire, veramente in un nuovo periodo. Nella tesi di Lucien Carlet pubblicata nel 1884 noi troviamo (5) i risultati che l'Apostoli verificò nella propria pratica, e la prima comunicazione fatta in grembo dell'Accademia di Parigi sopra tale argomento. Qui io non esaminerò dettagliatamente i progressi e le innovazioni che si trovano nel metodo Apostoli, limitandomi solo ad accennare che a lui spetta veramente il merito di aver indirizzati gli elettricisti sopra una nuova via, nettamente tracciata, poichè prima si era proceduto sempre direi quasi tentoni, e tutte le esperienze non avevano raggiunta che l'importanza di lodevoli tentativi.

---

(1) Thèse de Paris. « De la valeur des courants continus, etc. »

(2) Brivois. « Manuel d'électrothérapie gynécologique, » pag. 228.

(3) Sevastopulo. Thèse de Paris.

(4) Loco citato.

(5) Loco citato.

Al suo metodo « Nouveau traitement électrique des fibromes de l'utérus » diede il nome di galvano-caustica chimica (Ciniselli). All'Apostoli dobbiamo l'impiego delle alte intensità, a lui molti elettrodi per le applicazioni endouterine, a lui la trovata della terra creta come elettrodo inoffensivo alle pareti addominali, a lui infine l'impiego del galvanometro.

Il metodo si divulgò ben tosto, e della questione se ne occupò il mondo scientifico; e così al congresso internazionale di Dublino sorsero vive discussioni. In quella occasione l'Apostoli disse di aver eseguite 5641 elettrizzazioni sopra un numero di 403 ammalate con soli 3 esiti infausti. A Glasgow nella circostanza del Congresso tenutosi nel 1888 l'Apostoli portò nuove modificazioni, e rispose alle obbiezioni che non gli mancarono, specialmente da parte di Lawson Tait. Il metodo dell'elettricista francese trovò seguaci specialmente negli Stati Uniti per opera di Mundè di Nuova York, di Engelmann di S. Luigi, e di Martin di Chicago, i quali apportarono per altro qualche modificazione alla tecnica come avremo campo di vedere in seguito. In Germania Noeggerath di Wiesbaden, Engelmann di Kreuznach, Bröse di Berlino, Orthmann, Benedikt, Kleinwaechter, Klein, Nagel, diedero vigoroso impulso alla galvano caustica chimica. In Inghilterra Spencer Wells, Savage, Taylor, aderirono al nuovo metodo, e Keith, l'illustre laparotomista, è pur esso un convinto partigiano della corrente galvanica applicata al trattamento dei fibromi uterini.

Al dire di M.lle Jakubowska (1) in Russia la elettroterapia guadagna terreno ogni giorno; sembrami per altro un po'esagerato il dire come essa, e come si compiace di ripetere lo Chévrier (2), che in Francia l'entusiasmo non fu mai grande, e che « chirurghi da poco tempo trionfanti dei loro « nemici secolari, i microbi, amano celebrare la vittoria con operazioni « più ardite, più radicali e lasciano nell'ombra i processi semplici e « modesti. » Coi nomi di Duchenne, Onimus, Aimé Martin, Chéron, Tripier, Apostoli, Deletang, Danion, Brivois, Le Bec, Amiard, Gautier, Larat, Baraduc (3) ed altri ancora, la Francia dimostra di aver coltivato,

---

(1) Loco citato.

(2) Chévrier d'Ottawa (Canadà). « Contribution à l'étude du traitement électrique etc. » *Nouvelles Archives de Gyn.*, octob.-novemb. 1891.

(3) Vedi « Le progrès de l'électrothérapie en France par Larat. » *Revue internat. d'électroth.*, anno 1891, octobre, N. 3, pag. 69.

e di coltivare questa branca della elettroterapia la quale, se fino ad ora non ha raggiunto il *desideratum,* non deve averne a male se la radicale chirurgia le può fare una seria concorrenza. Non dimentichiamoci che fino ad ora la cura elettrica dei fibromi *è essenzialmente palliativa,* e che solo in via eccezionale si ottengono delle guarigioni assolute dal punto di vista scomparsa, o solo diminuzione del tumore. Che se in Francia il Bouilly la dichiara dannosa, se il Polaillon le nega ogni efficacia verso i fibromi, il Terillon, il Segond, Le Dentu, Reclus, Nicaise la paragonano alle piccole operazioni, come la dilatazione, la discissione bilaterale ed il raschiamento (1). In Italia la nuova elettroterapia, cioè quella informata sui dettami dell'Apostoli è poco diffusa. La pratica il La Torre (2) a Roma e di esso abbiamo qualche scritto, vi ricorrono il Bergesio (3), il Berruti (4) a Torino, il d'Arman di Venezia (5), il Gelli (Firenze) (6), il Piccinini (Roma) (7), l'Amatidi S. Elpidio al Mare (8), il Michelini di Genova (9). Credo la pratichi eziandio il Marocco a Roma, il Bossi a Genova, e credo che qualche esperimento sia stato fatto anche in qualche clinica; ma come appare sono casi isolati, e come tali anche gli apprezzamenti debbono avere un valore soltanto approssimativo (10).

Per la qual cosa, ripeto, dal momento che in tutti i giornali di specialità ginecologica, l'argomento è, come si suol dire, all'ordine del giorno, io credo sia non solo utile, ma doveroso il far conoscere ciò che si pratica in Italia da chi ebbe la fortuna di possedere un ricco materiale, portando nella discussione generale il debole contributo della mia personale esperienza.

---

(1) Vedi « Discussion à la Soc. de Chirurg. de Paris. » *Bulletin de la Société,* anno 1889, N. 17.

(2) « Fibromes utérins. » *Arch. de Tocol.,* 1889. -- « Contributlon à l'influence de l'électricité sur les *fibromes utérins.* » Memoria presentata al X Congresso tenutosi nell'agosto 1890 in Berlino.

(3) *Osservat. di Torino,* 1888.

(4) *Gazz. Med. di Torino,* 1888.

(5) *Rivista Veneta delle Scienze Mediche,* 1887.

(6) *Annali di Ostetr.,* 1888.

(7) *Annali di Ostetr.,* 1885.

(8) *Monitore Medico Marchigiano,* 1889.

(9) *Annali di Ostetr.,* 1892.

(10) Mentre correggo le bozze ricevo un lavoro sull'argomento del dott. F. Candia: « Contribuzione alla cura dei miofibromi dell'utero con la elettrolisi secondo il metodo Apostoli. » *Atti della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli,* maggio-giugno 1892.

ISTRUMENTARIO.

L'energia elettrica per la terapia ginecologica è prodotta da elementi vari, a seconda che essi costituiscono un apparecchio fisso, oppure trasportabile. Gli apparecchi fissi, quali si usano nelle cliniche e negli ambulatori, e che sono anche i più sicuri ed i più comodi, sono formati da una serie di elementi Leclanché grande modello; gli apparecchi portatili invece, sono formati da piccole pile a bisolfato di mercurio. Ma, come bene si comprende, dovendo la pila servire a lungo senza esaurirsi, quest'ultimo genere è il meno sicuro ed il meno comodo. Ad essa ricorreremo solo allora quando necessita di applicare la corrente a domicilio dell'ammalata.

Piacemi ricordare che il Mundè, nel lavoro già citato, esprime la propria convinzione che la elettroterapia ginecologica non sia ancora tanto diffusa, in grazia del prezzo elevato d'impianto e di manutenzione degli apparecchi. Cento lire sterline, egli dice, saranno solo bastevoli per comperare gli oggetti più necessari, ed il doppio di tale somma, cioè la piccolezza di 5000 lire, può essere spesa in una batteria, senza contare gli accessori. Ma il Ménière che tradusse l'opuscolo di Mundè, in una nota dice che pure in Francia si fabbricano apparecchi assai complicati, ma che, solo volendo, si può spendere assai poco (500-600 lire). A Milano si possono acquistare eccellenti apparecchi trasportabili che per eleganza nulla cedono a quelli di Gaiffe e di Chardin e di altri costruttori parigini, ma colla differenza che costano molto meno, e funzionano forse meglio, in grazia di alcune ingegnose modificazioni introdotte dal nostro bravo costruttore Emilio Balzarini.

Per la elettroterapia ginecologica abbisogna una corrente di alta intensità, poichè una parte di essa viene perduta, o dirò meglio impiegata a vincere le varie e non indifferenti resistenze nel circuito interposto. Cioè la batteria deve essere costrutta in guisa, che prescindendo dalla resistenza esterna (oscillante fra 60-800 Ohms) sia capace di arrivare a 300 milliampères. La batteria poi deve essere disposta in modo che sia agevole il far entrare uno ad uno gli elementi nel circuito, e ciò si ottiene mediante un collettore o sommatore costituito da una

manovella metallica in corrispondenza con un elettrodo. L'estremità libera della manovella, cioè la parte opposta al pernio, scorre, girando, sopra un circolo formato da tanti bottoni metallici quanti sono gli elementi della batteria cui mettono capo. Detti bottoni sono avvicinati gli uni agli altri, di maniera che la manovella scorrendo sopra di essi non può abbandonare un bottone, senza che prima non abbia già stabilito il contatto col successivo, ed in tal modo il circuito rimane sempre chiuso.

Una parte assai importante in ogni apparecchio in discorso, è un galvanometro il quale ci dia la misura della quantità di energia elettrica che noi mettiamo in uso nelle singole applicazioni. All'Apostoli spetta il merito di averlo introdotto metodicamente in ogni applicazione, poichè l'antico sistema di misurare l'intensità della corrente in ragione del numero degli elementi, era pratica che esponeva a gravi errori, perchè come è noto, la quantità di elettricità prodotta da diverse pile (pure uguali nella forma e struttura) non è sempre la medesima; secondariamente le pile non hanno tutti i giorni la uguale potenza, ed in terzo luogo le resistenze variano da soggetto a soggetto, ed ha una grande importanza lo stato di umidità e la diversa composizione degli eccitatori, in ragione delle rispettive resistenze.

Ma se il galvanometro è, o può reputarsi necessario, io non divido la esagerata opinione del Temeswary il quale dice che sarebbe delitto il voler tentare l'elettroterapia senza tale istrumento.

Di regola, ammetto che è sempre bene il poter constatare la corrente, sto per dire de visu, ma se per avventura il galvanometro si guastasse, chi a lungo ha adoperato una macchina, potrà fare a meno di sospendere la seduta, se la paziente fu già più volte sottoposta al trattamento, poichè *approssimativamente* è vero, ma senza alcun pericolo, dal numero degli elementi in giuoco, e dalla stessa dolorabilità potrà formarsi un concetto della intensità raggiunta.

Chévrier (1) dedica uno speciale paragrafo alla posologia elettrica, e si diffonde sulla esagerazione della sua importanza. Egli è d'avviso che l'impiego del galvanometro ha una importanza più scientifica che pratica, e che la precisione matematica, che ha preso il posto del vago

(1) Loco citato.

empirismo, è ben lungi dall'essere indispensabile nella elettroterapia ginecologica. A difesa della sua tesi egli dice, che in terapia elettrica, a ciò che essa sia realmente utile, il dosaggio dovrebbe avere delle leggi nettamente formulate, mentre bene spesso è subordinato ad altri elementi, quali la *dolorabilità* e le *indicazioni cliniche* (Apostoli). Per conto mio credo che il galvanometro sia utile, per quanto, ripeto, uno sperimentato elettricista possa talune volte, per assoluta necessità, farne a meno. In quanto alla dolorabilità mostrerò come io non tenga gran calcolo di essa, potendo variare da soggetto a soggetto, per cui appunto il galvanometro mi è di guida preziosa dandomi una idea delle esagerazioni della dolorabilità, ma di ciò vedremo in seguito.

Anche lo Schöeffer (1) dice che il dosaggio elettrico è illusorio essendo subordinato alle indicazioni cliniche. Ma volendo raggiungere altissime intensità eliminando il dolore colla cloronarcosi, come taluni consigliano, ecco che l'uso del galvanometro è pienamente giustificato, come pure là ove, per le basse intensità mancando il dolore, non si avrebbe nessuna guida.

L'Apostoli, come dissi, ha il merito di aver introdotto l'uso metodico del galvanometro nelle applicazioni elettriche ginecologiche, ma quivi piacemi ricordare che altri prima di lui conoscendo gli errori provenienti dal desumere la intensità di una corrente dal numero delle coppie, aveva cercato di rimediarvi.

Così il Linati (2) fino dal 1857 volendo esperimentare intorno agli effetti della corrente elettrica continua sulle funzioni del gran simpatico, aveva dato al circuito una tale disposizione, sì che la corrente, prima di essere introdotta nei tessuti animali, doveva superare l'ostacolo di un galvanometro di men che discreta sensibilità, che doveva misurarla. Il galvanometro adoperato nella elettroterapia ginecologica è diviso in milliampères fino a 250-300, deve essere fornito di ago astatico, e deve essere aperiodico. A proposito del galvanometro dirò che in commercio ve ne sono di varie officine e che non tutti si corrispondono, come ebbe a constatare il Noeggerath; laonde, come giustamente fa osservare il

---

(1) *Zeitschrift für Geburtshulfe und Gynäkologie,* Band XXIII, 1892.

(2) Linati. « Intorno agli effetti della corrente elettrica sulle funzioni del gran simpatico. » Milano, 1857.

Temeswary, pubblicando osservazioni di elettroterapia sarà sempre buona cosa di ricordare il galvanometro adoperato.

Inoltre essendo uno strumento assai delicato è bene che di quando in quando sia verificato presso qualche gabinetto di fisica.

I fili conduttori devono essere formati da fili sottili riuniti in fascio, e difesi da un tubo di gomma elastica, così risultano assai flessibili, e nello stesso tempo resistenti; agli estremi terminano con asticine di rame o di ottone destinate ad entrare nei serrafili. Quivi ricordo che i serrafili colla vite a pressione sono i migliori; quelli applicati alle batterie di Chardin fissano il reoforo solo per incastro, e quindi è cosa facilissima che esso possa sfuggire.

Elettrodi. — Ne abbiamo una infinità, ma come accade di molti istrumenti, alcuni non si adoperano che in circostanze eccezionali. Gli elettrodi si distinguono in *indifferenti* ed *attivi.* A tale denominazione che trovo impropria, io vorrei si sostituisse l'altra più razionale di elettrodi *addominali* e di elettrodi *genitali.* La parola *indifferente* infatti si presta a parecchie interpretazioni, le quali potrebbero far fraintendere il significato che le si vorrebbe attribuire, cioè a dire indifferente nel solo senso che l'elettrodo non deve produrre alcuna lesione alla cute delle pareti addominali.

Queste oppongono una non lieve resistenza alla corrente che le deve attraversare, e proporzionatamente si manifesta in loco una dolorabilità piuttosto viva, specialmente se la superficie dell'elettrodo non è molto estesa, e se non esiste un grande stato di umidità nelle superfici di mutuo contatto. È in allora che si manifestano le escare, specie se si usa il polo —. Per ovviare a tali inconvenienti, che occorrevano allorquando si usavano elettrodi formati da una lamina di stagno coperta di pelle di camoscio, l'Apostoli nel 1881 (1) ideò un elettrodo che chiamò appunto indifferente (negli effetti caustici) costituito da una focaccia di terra creta assai inumidita. Molti sono i vantaggi che l'applicazione di un tale elettrodo offre sugli ordinari, fra cui i principali sono: 1.° quello di mantenersi umido per parecchio tempo; 2.° di modellarsi esattamente sopra i rilievi addominali, causati dalle masse fibromatose, là ove le pa-

(1) « Sur l'emploi de la terre glaise en thérapeutique électrique. » *Bullet. général. de thérap.*, déc. 1883.

reti addominali sono costituite da tegumenti poveri di pannicolo adiposo. Per queste due qualità esso riesce veramente superiore agli altri. Ciò che non posso ammettere come pregio esclusivo è di non produrre escare. Si ha un bel dire che lo stagno coperto di pelle di camoscio produce forti ed estese escare alla cute, ma bisogna anche riflettere alla grandezza in superficie dell'elettrodo stesso. Un elettrodo di stagno da me fatto costruire, ed avente la superficie di 600 cent. quad. (che tale è la dimensione dell'elettrodo Apostoli) non mi diede mai in 40 sedute in cui l'ebbi ad adoperare la più piccola escara, e si noti che il più delle volte sorpassai i 150 mill. ed in talune raggiunsi i 200. Il che del resto non è cosa nuova, poichè il Duchenne (1), aveva già insistito sull'uso di larghi elettrodi metallici onde evitare le escare, ed il Remak (2), Becquerel (3), Tripier (4), pur essi ce lo hanno appreso. Io uso la creta perchè realmente offre indiscutibili vantaggi, ma invece di usarla come l'Apostoli, il quale prepara la focaccia di volta in volta avvolgendola nella garza, io uso una focaccia di creta racchiusa in una sottilissima pelle di camoscio, e così evito la preparazione nè comoda nè piacevole dell'elettrodo ed inoltre risparmio alle pazienti l'insudiciamento di fango. Non ho alcuna esperienza dell'elettrodo di Ménière (5) formato con gelosina, la quale è un estratto del *gelidium corneum*, alga che cresce sulle rive del mar Giallo. Questo elettrodo avrebbe le proprietà della creta senza averne gli inconvenienti, solo costa un po' caro.

Ecco la formula per la preparazione data dal Ménière:

Gelosina	grammi	18
Glicerina neutra	»	150
Acqua	»	500

fondi e riscalda a 100.°, cola in un vase ovale di porcellana di centimetri 25 × 15. Per dare un po' più di consistenza è bene interporre nella massa al momento che si versa fusa, uno o due strati di garza.

---

(1) « Eléctrisation localisée. »

(2) Remak. « Leçons d'électrothérapie. » *Gax. des Hôp.*, 1875.

(3) Becquerel. « Des applications de l'électricité. »

(4) Tripier. « Leçons cliniques sur les maladies des femmes. » Pag. 202.

(5) « Electrothérapie Gynécologique. » *Gaxette de gynécologie*, 1887.

Il dott. Le Bec usa invece una larga placca formata con esca (1). In Germania Edelmann adopera elettrodi di piombo bucherellati rivestiti di pelle di camoscio, od anche di muschio compresso; hanno grandi dimensioni. Mundè (2) pur esso usa elettrodi metallici ricoperti di uno strato di fina spugna. Franklin Martin di Chicago si serve di un suo elettrodo speciale fatto con una piastra concava di metallo su cui è tesa una membrana animale; la cavità risultante è piena di acqua.

Kleinwaechter adopera invece delle pezze di flanella disposte sul ventre, al di sopra delle quali adagia una placca di stagno. Tale metodo è pure usato dallo Schoeffer. Come curiosità ricorderò alcune esperienze istituite dal Linati, per evitare le causticazioni che gli occorrevano spesso quando esperimentava sugli effetti della corrente continua sul trisplacnico: « usando lastre metalliche dorate, nei punti di maggiore « contatto ottenevo escare più o meno estese e profonde, cosicchè ri- « copersi la faccia interna di dette lastre con sottile strato di spugna. « Cessarono per siffatto mezzo gli effetti caustici, ma la corrente al « galvanometro discese a 10-15 gradi. Mi suggerì allora di predisporre « al passaggio dell'elettrico la cute in contatto colle spugne ungendola « con sostanza cerebrale, già trovata in onta alle materie grasse di cui « è composta, buona conduttrice; infatti coll'impiego di essa la corrente « crebbe di assai, ottenendosi il vantaggio di non dovere spostare troppo « spesso le lastre e le spugne disseccatesi al calore della cute onde di « nuovo umettarle, ed ottenendosi l'altro vantaggio ancora di rimanere « tolta ogni lesione dei tessuti. »

Gli *elettrodi genitali* sono assai numerosi; fra essi può essere stabilita una grande divisione, cioè elettrodi *unipolari* ed elettrodi *bipolari* a seconda che ad essi facciano capo tutti e due od uno solo dei poli della pila.

a) *Unipolari.* — Il più usato è quello metallico in forma di sonda uterina, strumento che l'Apostoli adopera quotidianamente da anni. È una sonda ordinaria come forma e dimensioni ed a curvatura identica a quella di Huguier, solo che manca della impugnatura, dovendo adattarsi ad un manico speciale. Essa è di platino o d'oro, dovendo essere

---

(1) « Cure radicale des tumeurs fibro-cistiques. » *Revue internat. d'Elect.*, Août 1891.

(2) Loco citato.

inattaccabile dagli acidi. La lunghezza può variare a seconda che essa si inguaini più o meno nel manico cavo di ebanite. L'altra estremità della sonda invece di essere olivare, è lanceolata allo scopo di trafiggere attraverso ai fornici un segmento del tumore, qualora le vie naturali non permettessero la introduzione della sonda nell'utero attraverso al canal cervicale. Sopra tale sonda metallica scorre una candeletta di celluloide, la quale ha per iscopo di coprire tutta la parte che sta immediatamente al di fuori dell'orificio esterno, proteggendo così la vagina da eventuali dannose cauterizzazioni.

Tale è lo strumento dell'Apostoli, al quale possono essere rivolte delle critiche, poichè, se è vero che esso può servire in pressochè tutti gli uteri, non è men vero che esso serve però sempre nello stesso modo, e perciò non sempre bene. Infatti il manichetto di celluloide che scorre sulla sonda metallica, a meno che l'orificio uterino esterno non sia molto beante, si arresta al muso di tinca e, di conseguenza, tutto il canal cervicale è sottoposto alla cauterizzazione. Questo fatto può portare delle conseguenze spiacevoli, le quali furono previste dal Tripier, che mosse all'Apostoli l'obbiezione dei postumi delle escare, e cioè delle stenosi ed eventuali atresie del canal cervicale, obbiezione che, per altro, trovò ampia spiegazione in alcune risposte dell'Apostoli stesso, che dimostrò colla prova dei fatti, tali timori essere infondati.

Chévrier dice che l'atresia del corpo uterino è eccezionale; ma che l'atresia cervicale è un fatto quasi costante e che può prodursi di subito alle prime sedute. La monografia del citato autore è in taluni punti pregevolissima e specialmente per la critica acuta sopra diversi argomenti, ma, mi sia lecito il dirlo, in essa spira troppo palese, starei per dire, un partito preso, e molte delle sue conclusioni mi sembrano apertamente in contraddizione coi risultati della pratica giornaliera.

Io non ho usato che circa 40 volte l'elettrodo Apostoli, ma di atresie non ne verificai (anche adoperando il polo +) non solo, ma neppure delle stenosi; ammetto tuttavia che esse possano prodursi. Per la qual cosa onde premunirmi contro tale accidente, io, adoperando la sonda dell'Apostoli, sapendo la profondità dell'utero, ho difeso spesse volte il tratto equivalente al canal cervicale con una sottile fascia di guttaperca laminata, avvolta sulla sonda appunto là, ov'essa doveva corrispondere al canal cervicale. Ora che l'alluminio è divenuto di pochissimo valore, si

potranno far costruire delle serie di sonde, in cui la porzione metallica abbia progressivamente una dimensione diversa. Tali elettrodi di alluminio sono già usati dallo Schaoeffer (1) che li trova altresì comodi per la loro pieghevolezza, Bröse per converso dice che essi si intaccano facilmente per la presenza dei prodotti messi in libertà ai poli. Io non ho alcuna esperienza in proposito. Vi sono altresì degli elettrodi di carbone che pure dobbiamo all'Apostoli (2) e servono secondo l' autore a portare la corrente a contatto di tutti i punti delle pareti uterine, anche se straordinariamente fosse amplificata la cavità, ed inoltre si otterrebbe con essi un effetto utile maggiore dando loro una superficie assai limitata, senza essere obbligati ad accrescere l'intensità delle correnti, poichè, come è noto, l'azione chimica dell'elettrodo sta in ragione inversa dell'estensione della propria superficie. Sono costituiti da cilindretti di carbone di storta, lisci, a punta ottusa, fissati sopra un'asticina metallica, coperta di celluloide. Modificò tali eccitatori il Noeggerath rendendoli piatti ed il Brivois allungandoli di oltre un centimetro; l'Hirschmann poi li costruì coll' asticina metallica pieghevole.

Sempre fra gli eccitatori unipolari annoveriamo altresì gli stiliformi, usati nelle gálvano punture, sull'uso dei quali valga ciò che ho detto, parlando della sonda che comunemente adopera l'Apostoli. Mundè (3) adopera elettrodi a palla od olivari per la vagina e per il retto ed anche per le applicazioni endocervicali ed endouterine.

Tali elettrodi metallici sono rivestiti di pelle di camoscio, ma il Ménière crede che tali elettrodi siano inferiori a quelli di carbone sopra accennati, come quelli che si deteriorano grandemente e con grande rapidità.

Il Mundè ha poi altresì un elettrodo speciale, foggiato a coppa ch'egli usa per la galvanizzazione del canal cervicale, allorquando l'introduzione della sonda deve essere evitata.

b) Gli *elettrodi bipolari,* furono essi pure ideati dall'Apostoli (4). Essi racchiudono in sè, i due poli della corrente, e servono in ispecial

---

(1) SCHAOEFFER, loco citato.

(2) « Sur un nouvel excitateur en charbon. » *Gaz. des Hôp.*, 1887.

(3) Loco citato.

(4) « Sur un nouvel excitateur utérin double, ou bi-polaire. » *Gaz. des Hôp.*, 1883.

modo per l'applicazione delle correnti faradiche, ve ne sono di vaginali ed uterini, di carbone e di metallo.

Di questi non mi occupo in modo speciale, non avendo essi alcuna applicazione diretta col ramo della elettroterapia che mi sono prefisso di studiare.

AZIONE DELLA CORRENTE GALVANICA.

Dopo quanto ho esposto circa lo strumentario, ecco affacciarsi il quesito: *Come agisce la corrente continua?* Lo stesso Apostoli già fin dal 1882 si era diretta una simile domanda: *on aura le droit de me demander comment et pourquoi l'electricité agit? A cette question je pourrais me contenter de répondre comme en thérapeutique classique, qu'elle guérit, et que cela doit suffire à notre curiosité; l'interprétation théorique étant toujours difficile à formuler.*

Tuttavia egli fissava all'attenzione alcuni punti che mi piace ricordare e cioè:

1.° L'azione chimica contemporanea al passaggio della corrente, azione che produce un'escara, e che veicolo della forza esercita un'azione profonda sulla nutrizione, per l'intermezzo del sistema nervoso.

2.° L'azione postuma che sopravvive alla cessazione della corrente, e che piuttosto incomincia allorchè la prima finisce e che sarebbe costituita:

a) dal lavoro di eliminazione delle escare;

b) dal lavoro fisico di scarica della pila secondaria, nata per così dire dalla corrente principale. Ma prima di addentrarci in tale studio, è d'uopo dare uno sguardo al modo col quale si comporta la corrente attraverso ai tessuti organici, ed in altri termini rivolgere uno sguardo all'azione della corrente continua sui tessuti; visti i fenomeni, sarà forse più agevole l'interpretazione degli effetti terapeutici.

La corrente passando attraverso a corpi conduttori, si palesa con effetti di vario genere, a seconda degli elementi che essa modifica, e dà luogo alle così dette *azioni elettriche.*

Per chiarire il significato di ciò che intendesi con tale denominazione, riporterò il seguente brano del Pellizzari dal suo manuale *L'Elet-*

trolisi: « Qualunque cosa sia la corrente elettrica o un' imponderabile « (il fluido della vecchia scuola), o un movimento dell'etere e degli atomi « materiali, noi non ne abbiamo una nozione essenziale, ma secondaria. « Vale a dire, che non potendola percepire, perchè sforniti di organo « adatto, ci è impossibile sottoporla ad un esame diretto su di essa « stessa, ma dobbiamo tenerci paghi di misurare, definire e studiare « gli effetti suoi.

« Ora potrebbe credersi, e diciamo fin d'ora che sarebbe erroneo, « questi effetti non avere altra relazione coll' elettricità, se non quello « di ogni effetto colla propria causa. Sarebbe erroneo perchè non sono « effetti ma estrinsecazioni, poichè quando si osserva un effetto del- « l' elettricità, non è punto vero che tutto si riduca ad osservare una « traccia che la fuggente elettricità lasciò nel suo passaggio; è invece « una trasformazione vera e propria dell' energia elettrica, una sua « *azione.*

« Quale è dunque il valore delle azioni elettriche? Esse hanno tutto « il valore della stessa energia elettrica *che non le ha prodotte* ma in « essa si è trasformata. »

Triplice è l' azione della corrente costante, e cioè vi possiamo distinguere:

a) un' azione polare;

b) un' azione interpolare;

c) un' azione extrapolare.

La prima, secondo la denominazione, è quella che si manifesta ai poli, la seconda nel passaggio della corrente attraverso ai tessuti, la terza è quella dovuta ad una corrente secondaria che ha origine dalla primitiva, e sembra la meno importante. Consideriamo ora separatamente queste tre azioni.

I. Azione polare.

Come già ebbi ad esporre al principio di questo lavoro, dobbiamo risalire alle esperienze ed agli studii del cremonese Ciniselli (1) per

(1) CINISELLI. « Effetti delle correnti galvaniche artificiali sopra gli esseri organizzati. Elettrolisi. » Opera postuma, pag. 32.

trovare espressa in netti confini l'azione polare delle correnti costanti sui tessuti organici, azione la quale è sovratutto di natura chimica, e sulla quale l'Apostoli ha basato la prima delle sue ipotesi.

Ma prima ancora di Ciniselli, anzi poco tempo dopo la scoperta della pila, i medici Mongiardini e Landò (1) nel 1803 esperimentando il galvanismo sopra un pezzo di carne, osservavano le modificazioni che avvenivano attorno ai poli, conchiudendo che gli umori e le sostanze organiche subivano una vera decomposizione, anzi essere questo il primo effetto del galvanismo, dal quale forse gli altri dipendono.

Per la qual cosa, le esperienze istituite da John Shaw (2), riferite da Kleinwächter e risalenti al 1889 non hanno pregio alcuno di novità, almeno nella parte che riguarda il fenomeno fisico, già ampiamente studiato e descritto dal Ciniselli, e così pure dicasi degli altri istituiti da Klein (3). Piuttosto interessanti sono i reperti di quest'ultimo per quanto riguarda l'esame microscopico dei pezzi di fibroma direttamente sottoposti alla corrente. All'esame microscopico Klein riscontrò che al polo positivo l'alterazione del tessuto era più profonda che al polo negativo. Ad occhio nudo il tessuto al polo positivo era pallido, trasparente e nettamente delimitato dal tessuto circostante, e sul quale la corrente non aveva agito.

Il colore rosso dei nuclei era poco o nulla visibile alla doppia colorazione; il protoplasma presentava un notevole colore giallo; là dove aveva agito il polo negativo, ad occhio nudo, non si riscontrava alcuna alterazione pronunciata; solo fino alla profondità di 3 centim. apparivano sezioni più intensamente colorate del rimanente del tessuto.

Il risultato microscopico delle zone al polo positivo era il seguente rispetto alle cellule: il limite delle cellule indistinto, il protoplasma omogeneo senza alcuna traccia di imbibizione, i nuclei rimpiccioliti ed in alcuni punti solo riconoscibili pel loro forte potere rinfrangente. Le lacune linfatiche erano per lo più dilatate in forma di ampi spazi a maglie senza alcun contenuto morfologico. Parecchi preparati mostravano

---

(1) Mongiardini e Landò. « Dell'applicazione del galvanismo alla medicina. » Società Medica di emulazione. Genova, 1803.

(2) John Shaw. « Transact of the Obster soct of London. » Bd. XXX, 1889.

(3) Klein. *Zeitschrist f. Geb. und Gyn.*, Bd. XIX, 1890, pag. 174.

in alcune lacune linfatiche ed in piccoli vasi sanguigni, delle zolle granulose, giallastre e persino giallo brune, le fibre apparivano in modo indistinto, e scorgevansi piccoli nuclei cellulari rosso chiari o grigi, il connettivo profondamente alterato, ed assai più delle fibre muscolari. Al polo — risaltava innanzi tutto la notevole imbibizione del protoplasma. Tuttavia, malgrado l'ingrossamento dei nuclei occupava uno spazio maggiore dei nuclei stessi, i contorni delle cellule indistinti, i nuclei ingrossati ed i nucleoli spiccavano intensamente colorati. Il passaggio dal tessuto alterato al normale era graduale; anche qui il connettivo appariva più alterato delle fibre muscolari. In un punto del mioma che Klein prese ad esperimentare, e che conteneva una notevole quantità di vasi sanguigni, accadde che uno di questi fu rotto dall'ago elettrodo, e quivi ben tosto fu visto svilupparsi notevole quantità di gaz, che in parte si manifestò colla solita forma di schiuma, e col sensibilissimo rumore di crepitìo nel luogo ove era stata praticata la puntura ed in parte penetrò rapidamente nel vaso e vi spostò il sangue, il quale non potè più rifluire neppure strisciando o premendo col dito sullo stesso, il che secondo Klein stava a dimostrare, che il sangue, oppure la parete del vaso, era alterata in guisa che il lume era divenuto impervio.

Ma ciò che è interessante a qui ricordare, è che non solo il gaz penetrò nei vasi sanguigni, ma pure in altre vie apparentemente preesistenti, le quali prima non si vedevano e risaltavano con chiarezza sulla superficie pel loro colorito biancastro.

A giudicare dalla loro disposizione reticolare, aggiunge Klein, e dalla loro estensione, poteva dirsi che erano vasi linfatici.

A Klein riuscì pure di dimostrare un'azione termica di poco diversa pei due poli, il che starebbe a dimostrare che gli effetti elettrolittici e conseguentemente chimici che il tessuto subisce ai poli, debbono essere molto energici. Richardson (1) trovò che una corrente che attraversi il sangue fresco fa accumulare la fibrina al polo +. Inglis Parson (2) attraverso alla membrana interdigitale di un ranocchio riuscì a sorprendere disturbi di circolazione nei punti ove i poli erano a con-

---

(1) Richardson. *Asclego*, 1886, p. 378.

(2) I. Parson. *Brit. Gyn. Journ.*, Bd. IV, 1886.

tatto coi tessuti, disturbi che si manifestavano per una coagulazione al polo +, mentre che al — si andavano sviluppando numerose bollicine di idrogeno.

Willis (1) sperimentò invece sull'albume d'uovo, e non fece che constatare i fenomeni già chiariti da Ciniselli (2) il quale aveva altresì scoperto lo stato elettrico della ovialbumina così trattata, sicchè essa mostravasi convertita in un apparato elettromotore. Ma su questo punto dovrò ritornare più tardi.

Attraverso poi i muscoli della coscia e della gamba di un coniglio previamente messi a scoperto dai tegumenti, fece passare una corrente di 105 milliampères, indi la ferita fu chiusa secondo i dettami delle discipline antisettiche. Otto giorni dopo i muscoli furono trovati raggrinzati, e alla parte corrispondente al polo — mostravasi una piccola bolla a contenuto giallo, pagliarino, alcalino. Si constatò altresì come uno stato di contrazione tonica ai punti dove erano stati applicati i due poli ed il muscolo più secco e più raggrinzato. Altre esperienze istituite sull'orecchio di conigli, portarono a conoscere che le arterie si assottigliavano in vicinanza dei punti dei poli, e se per avventura l'ago di platino veniva direttamente a colpire un vaso sanguigno, questo si obliterava sviluppandosi una circolazione collaterale.

Playfair da ultimo trovò assai alterata la muscolatura del cuore di un cane pel quale era passata una corrente di 70 m. a. La striatura trasversale era sbiadita, la fibra muscolare granulosa ed opaca.

Da quanto ho esposto si vede chiaro come precipuamente alle azioni polari dovessero rivolgersi le menti per ispiegare i benefici effetti, allorchè la corrente viene adoperata come agente terapeutico.

E infatti nell'applicazione endouterina secondo il metodo Apostoli, il fenomeno che prima si appalesa ai nostri occhi è la causticazione dell'endometrio; senonchè al potere terapeutico di questa azione catalitica o polare della corrente vennero già fatte serie obbiezioni per le quali perdè molto del proprio valore. Danion in particolar modo attaccò tale punto basandosi su argomenti che non si ponno del tutto rifiutare,

---

(1) Willis E. « Ford. Transact. of the Amcar Gyn. Soc. » Bd. XIV, 1889.

(2) Loco ultimo citato, p. 40.

ed apertamente sostenne che l'impiego della corrente galvanica intrauterina è un errore scientifico, come quello che si fonda completamente sopra teorie false. S'invoca, egli disse, sopratutto l'azione caustica della corrente sull'endometrio, ed i felici risultati sarebbero nei casi emorragici dovuti alle modificazioni prodotte sulla mucosa dalla formazione del tessuto cicatriziale.

Ma l'azione sulla mucosa è assolutamente illusoria, poichè solo una piccola parte di essa viene in contatto coll'elettrodo e rimane per conseguenza causticata. Tale obbiezione si era affacciata a me pure allorchè nel 1889 principiai ad eseguire il metodo Apostoli, ed istituite fin d'allora alcune esperienze sul cadavere (poichè gli effetti della corrente si manifestano in egual guisa anche sui tessuti privati di vita) (1), potei *de visu* constatare la limitata escara, il che potè vedere eziandio lo stesso Apostoli, sulla mucosa uterina di una sua paziente, che ebbe a soccombere di peritonite. In alcuni altri casi trattati esclusivamente colla elettrolisi fino alla vigilia dell'intervento laparotomico, trovai sempre solo scarsissime traccie di escare. Per la quale cosa sulla mucosa (per il fatto della elettrolisi intrauterina), l'escara positiva che si forma, per quanto secca e resistente non può essere tale da opporre come vorrebbe anche il Delétang (2), una barriera allo scolo sanguigno, da cui l'effetto emostatico più o meno istantaneo. Ciononostante non si può negare o menomare l'azione emostatica indotta dal polo positivo.

Il polo + in contatto coi tessuti organici, mettendo in libertà, ossigeno, acido carbonico e cloro, dà luogo alla formazione di escare sode, resistenti, ben circoscritte, di un colore carico, simile a quelle che residuano dalle causticazioni ottenute cogli acidi (Ciniselli), ma tali escare si ottengono solo all'evidenza, quando per deliberato proposito noi ci mettiamo a sperimentare direttamente sopra un pezzo di tessuto, e non nelle circostanze del metodo Apostoli.

Quivi risultano sempre assai limitate ed incomplete, e ripeto tali da non poter essere supposte esse sole capaci dell'effetto emostatico. Inoltre se l'azione emostatica si dovesse attribuire alle escare prodotte sulla

---

(1) Ciniselli, loco citato.

(2) Delétang. « Traitement des fibromes par la méthode Apostoli. »

mucosa uterina, come si potrebbero spiegare i benefici effetti ottenuti dalla galvano puntura, là, ove la mucosa non è interessata? Come spiegare gli effetti ottenuti da Brachet, da Chéron, coi loro metodi extrauterini? In omaggio alla verità però devo dichiarare che l'Apostoli stesso aveva già adombrato un simile concetto fino dal 1887 (1).

Le escare prodotte dalla galvanocaustica chimica apprendiamo da Ciniselli essere eliminate, al pari di quelle ottenute da caustici chimici, e non può essere accettato che la diminuzione dei tumori sia devoluta al fatto di una perdita di sostanza, rappresentata dalla porzione distrutta, dall'escara; il lavoro di eliminazione dell'escara io credo non entri per nulla nella spiegazione dei benefici effetti ottenuti colla corrente costante. Del resto l'attenzione dell'elettricista cremonese era stata attirata su questo punto, cioè egli aveva dichiarato nettamente che la diminuzione di alcuni polipi naso-faringei continuava dopo la caduta delle escare. Ci siamo limitati, egli diceva, a considerare l'azione chimica dell'elettricità nelle sue manifestazioni materiali e visibili, ma le ricerche devono essere spinte nell'interno dei tessuti, ove la sua azione non è arrivata al grado di produrre la mortificazione, ma dove tuttavia l'elettrico deve avere alterato gli elementi organici.

Perciò io credo che si debba cercare all'infuori di tale azione esclusiva l'effetto emostatico indotto dalla galvano caustica chimica; ed io sono proclive a dare una grandissima importanza ad un altro fattore, cioè alla contrazione della fibra uterina, contrazione indotta dal passaggio della corrente. Infatti Helot, citato da Onimus (2) ha osservato che la corrente continua provoca la contrazione uterina più facilmente degli altri modi di elettrizzazione. L'utero reagirebbe come gli altri organi a fibre muscolari liscie, i quali cioè sono appunto più sensibili alla corrente galvanica; la fibra striata, per converso, reagisce più energicamente colla faradica. Infatti allorchè la fibra striata perde patologicamente la condizione normale di contrattilità avvicinandosi alla proprietà della fibra liscia, la corrente indotta perde del suo valore, mentre guadagna in azione la corrente costante. Onimus dice pure che l'in-

---

(1) *Bull. de Thérap.*, pag. 117, août 1887.

(2) ONIMUS, loco citato.

fluenza più logica della elettrizzazione sulla contrattilità uterina, è il suo impiego in alcuni casi di tumori intrauterini, e cita un caso di Tylor Smith, in cui un polipo che non poteva essere afferrato in alcuna maniera, fu sufficientemente espulso fuori dell'utero dalle contrazioni provocate dalla elettricità. Un altro caso è citato di mola idatigena.

Per tale contrattilità, non ripugna il pensare che i fibromi risultino come stipati dalla muscolatura uterina, se interstiziali, ed in tal guisa i vasi tutti del viscere venendo compressi ne risulti una regolarizzata irrorazione sanguigna, dalla quale può dipendere l'emostasi. Un tale concetto non è nuovo, ed io ebbi il compiacimento di vederlo espresso da altri ed in modo assai più chiaro, laonde mi sento di riprodurlo integralmente.

Il dottore Piccinini (1) ammettendo l'immissione dei vasi arteriosi trasversalmente nelle pareti uterine (come riuscì a William di dimostrare in una sua nota, sulla circolazione arteriosa uterina), opina che « l'elet-« tricità costringendo l'utero a contrarsi in tutti i sensi, debba produrre « una specie di spremitura, tale da impedire la circolazione arteriosa « che va ad irrorare ed a vivificare la massa muscolare, e ne sospende « la momentanea nutrizione, derivando la momentanea e relativa re-« gressione dal tumore. »

Mac Ginnis esprimeva press'a poco la stessa opinione in seno all'ultimo congresso di Berlino, avendo visto cessare le emorragie in alcuni casi in cui l'elettrodo non aveva superato l'orificio interno e dove quindi non poteva essere invocata la cauterizzazione della mucosa.

Intorno alla contrazione uterina la quale indurrebbe una tale modificazione benefica sull'idraulica arteriosa, ritornerò fra breve, allorchè parlerò delle azioni interpolari.

Ritornando dunque all'azione polare escarotica, bisogna confessare ch'essa possiede una proprietà emostatica, ma gli effetti esclusivi sono palesi soltanto nei casi in cui è lieve lo stato di endometrite e la cavità normale, non certo là dove la cavità è ampia, e dove l'Apostoli vorrebbe coi suoi elettrodi di carbone cauterizzare a volontà tutta la mucosa. Che se in uteri ad ampia cavità si ottiene presto un effetto

---

(1) Piccinini. *Annali d'Ost. e Ginec.*, 1885.

emostatico, questo non va certamente attribuito alla presunta escara indotta.

Nell' azione escarotica polare della corrente, oltre all'effetto emostatico, ne possiamo vedere un altro che tende a creare delle condizioni capaci di agire beneficamente sui fibromi, condizioni che sono però altresì ottenibili con altri metodi con analogia di intenti e di risultati, ma colla differenza che coll' elettricità noi *non* ci possiamo sottrarre da quell' azione contrattile, cui poc' anzi accennavo, e che in date circostanze è di potente ausilio, anche non considerata come capace di emostasi.

Voglio alludere all' effetto che talora dispiega la corrente continua su alcuni tumori dell' utero, determinandone la espulsione. Vediamone il meccanismo.

Prima però di studiarlo, amo riassumere un lavoro il quale contiene alcuni principii che potranno giovare.

Nel 1889 vedeva la luce un lavoro del dottor Baraduc di Parigi (1) intitolato: « Trattamento dei tumori fibrosi interstiziali, mediante l'elettricità, » ma come metodo speciale chiamato dall'autore *drenaggio, linfogalvanico positivo,* o *capsulotomia, metodo localizzato di profondità.* Il Baraduc parte dal principio che il tumore costituito fa da corpo straniero, nella muscolatura uterina, la quale subisce delle modificazioni, destinate ad espellere la massa neoplastica per mezzo d' una specie di parto, ora intrauterino, ora peritoneale; ciò in via normale. Egli descrivendo i fibromi dal punto di vista anatomo-patologico, parla di una zona perifibromatosa formata da una capsula linfatica che avvolge il fibroma, lo imbeve e lo nutre coi suoi succhi. Essa è istologicamente formata da una parete tappezzata da cellule pavimentose, e contiene una sostanza liquida assai mucillaginosa e appiccaticcia. Kleinwachter pure afferma che, durante la cura elettrica si osservano perdite sierose, o sieromucose che persistono per tutto il tempo della cura. Tale sierosità gommosa allorchè la capsula fu aperta, sarebbe sopratutto composta da una sostanza assai analoga alla destrina.

Il metodo di Baraduc consisterebbe appunto nell'attaccare diretta-

---

(1) *Bulletin de la Société de Médecine pratique* de Paris.

mente il tumore, essiccandolo, per così dire, nella zona perifibromatosa. Non si tratta dunque che di aprire una tale zona, e non con una puntura che, ferendo l'utero, potrebbe dar luogo ad emorragia prima ancora che passi la corrente, ma aprirla bensì per mezzo di una serie di piccole galvanotomie positive praticate nel punto più prominente nella cavità uterina. In tal modo si creano per mezzo della corrente, una o più perdite di sostanza ed in modo progressivo. I vasi non sono improvvisamente sezionati, o trafitti, ma, previamente trombosati, non danno emorragia allorchè sono colti dall'escara.

L'apertura della zona perifibromatosa così ottenuta, ben inteso dal lato della mucosa uterina, dopo la 4.ª o la 5.ª seduta dà luogo alla perdita dell'acqua gommata, che può durare uno o più mesi, aumentando dopo ogni operazione, il che va di pari passo colla diminuzione di volume del tumore, dovuta per l'appunto all'essiccamento prodotto, alla trombosi dei vasi, ed alla cicatrice sclerotica che si forma attorno al tumore atrofizzato.

Non crede però il Baraduc estranea alla diminuzione anche l'azione interpolare della corrente.

Tale, in brevi parole, è la teorica emessa dal Baraduc, teorica che tende a mostrare l'azione polare della corrente, ma in modo assai indiretto. Quivi l'elettricità impiegata potrebbe essere sostituita da altri agenti, quali a cagione d'esempio, un tre quarti qualsiasi, se non presentasse i danni eventuali già esposti dallo stesso Baraduc, potrebbe venire sostituita dalla galvano caustica termica, oppure dalla localizzata applicazione di caustici, nell'intento di produrre una distruzione di sostanza graduale progressiva, come nell'apertura degli ascessi epatici si usava per l'addietro la pasta di Vienna.

A me pare che una tale teoria null'altro spieghi che uno dei modi di azione della corrente, e parmi inutile il volervi erigere sopra un metodo speciale.

Esaminiamola attentamente. Ciò che Baraduc chiama suo metodo, avendo, come fu visto, ideato il capsulotomo, non è altro in fine dei conti che una galvanizzazione endouterina positiva che dovrebbe essere portata ad arte sempre sul medesimo punto della mucosa, con iscopo prefisso. Il Baraduc sostiene l'importanza della determinazione del punto più saliente in cavità. « *Ce point s'obtiendra par le tâtonnement du cap-*

« *sulotome sondant le dégré de resistence d'un segment de l'utérus dont* « *la masse sera immobilisée par la main gauche placée sur l'abdomen,* « *tandis que la main droite titillera, pour ainsi dire, le fond utérin jus-* « *qu'à ce qu'il trouve un point où la resistence soit plus marquée au* « *centre qu'à la péripherie. Le centre est le point de répère.* »

Se tali sono i precetti, io sono convinto che le cose passano ben altrimenti nella pratica. Io credo che nella massima parte dei casi (cioè in uteri a cavità mediocre), ciò accada indipendentemente dalla volontà dell'operatore, cioè io credo che l'applicazione endouterina della corrente, vuoi colla sonda di platino, vuoi coll'eccitatore di carbone, accade per uno stesso utero, sempre in quella medesima posizione, per cui, col volgere delle sedute, là dove l'elettrodo appoggia si possa avere l'usura della capsula, con tutto il corteo dei fenomeni consecutivi accennati dal Baraduc.

Si possa avere, ho detto, l'usura della capsula, se l'elettrodo è tanto fortunato di venire a contatto con un fibroma sottomucoso, o separato dalla cavità da un sottilissimo sepimento, o strato di sostanza muscolare; in allora, aperta la zona perifibromatosa, il risultante *drenaggio linfo galvanico*, potrà benissimo ridurre il volume del fibroma. La perdita d'acqua gommata, io pure l'ebbi a verificare in varie pazienti curate per fibromiomi, colla corrente galvanica, senza aver avuto però intenzione di praticare il drenaggio linfo-galvanico positivo. Così ad esempio nella osserv. 29.ª, la osservai assieme alla diminuzione del fibroma, ma non vi fu invece diminuzione sensibile, e se vi fu, fu soltanto minima nell'osserv. 45.ª forse per l'enorme volume del tumore. L'indicazione precipua in entrambi questi casi era l'emorragia; nel primo l'effetto della corrente corrispose discretamente dal lato emostatico e prevalse la diminuzione, nel secondo invece prevalse l'effetto emostatico (vedi tavola riassuntiva). Come spiegare ciò?

Forse nel secondo caso era accessibile solo un tumore sottomucoso dove la sonda esercitava la propria azione, tumore piccolo, tangente un altro di maggior mole? Può darsi; ed in allora si comprende benissimo come l'azione del drenaggio linfo-galvanico positivo abbia potuto esercitare la propria azione solo in una limitata sfera, dando luogo a scarsa diminuzione del tumore stesso.

Ma oltre alla riduzione del tumore, l'apertura della capsula, potrà

eventualmente, a mio credere, facilitare la comparsa di un altro fenomeno, cioè quello cui poc'anzi alludevo, e in cui taluni vollero scorgere una interpretazione dell'azione della corrente nella elettrolisi intra-uterina, voglio dire cioè dell'espulsione del fibroma per enucleazione spontanea. Questa enucleazione influenzata dalla corrente è innegabile, ed i fatti clinici ne sono la prova più evidente.

E per vero la corrente, stimolando la fibra uterina, fa sì che talune volte, sotto le contrazioni, giunge ad espellere verso la cavità il tumore il quale, starei per dire, si fa strada attraverso le più interne fibre smagliandone la tessitura. Ora se ciò avviene all'infuori anche del trattamento elettrico, di leggieri si comprende come debba a maggior ragione accadere, se l'elettrodo provocante la tonicità di tutto l'organo, compie altresì per l'azione chimico-caustica una contemporanea parziale distruzione di tessuto, costituendo così un punto aperto in cavità, punto da cui può avere origine la enucleazione.

Il La Torre (1) nel 1889 pubblicò un lavoro sull'argomento, ma quivi non trattavasi sempre di fibromi uterini sottomucosi, ma altresì di polipi già estrinsecati in cavità, per il che non tutti si possono interpretare nel senso che io avrei designato.

Gautier (2) pure in un suo lavoro offre due casi di simil genere, ma anche qui non si trattava di veri fibromi sottomucosi nello stretto senso della parola, ma bensì di polipi.

Lo Schoaeffer (3) osservò pure l'espulsione di un fibroma sotto-mucoso, dopo 6 applicazioni della corrente.

Recentemente in un lavoro del dottor Batuaud (4), sul trattamento dell'endometrite complicante i fibromi uterini, mediante il raschiamento, ho trovato un argomento il quale viene a dar sostegno al modo d'azione del così detto processo di Baraduc. In tal lavoro è riportato il riassunto

---

(1) « Fibromes utérins et leur élimination fréquente, sous-muqueuse par l'action de l'électricité. » *Arch. Tocolog.*, 1889.

(2) « De l'élimination possible des fibromes et des polypes utérins sous-mouqueux par la galvano caustique chimique, intrautérine. » *Rev. Int. d'Electr.*, Déc. 1890, p. 137.

(3) Loco citato.

(4) « Traitement de l'endométrite qui complique les tumeurs fibreuses de l'utérus. » *Rev. Medico Chirurgicale des maladies des femmes*, Déc. 1891 et suiv.

di un' osservazione (Vedi osserv. XI, pag. 25), spettante a Walton in cui, dopo il raschiamento praticato allo scopo di far cessare l'emorragia creduta in rapporto con una endometrite semplice, 13 giorni dopo la paziente espelleva un tumore fibroso che venne in 3 parti ed in isfacelo; Walton pensa che siasi trattato di un mioma sottomucoso, poichè se si avesse avuto a fare con un polipo, questo sarebbe stato espulso in massa in seguito a rottura del peduncolo, e riferisce tale spontanea enucleazione alla rottura della capsula dovuta alla dilatazione forzata. Per conto mio, e di tale avviso si mostra anche il dottor Batuaud, sembrami più verosimile che la capsula sia stata incisa dal tagliente del cucchiaio raschiatore agevolando così la espulsione del tumore.

La stessa soluzione non si avrebbe forse potuto ottenere, se colla galvanizzazione fosse stata aperta la capsula del fibroma? (Baraduc).

Ad un simile fatto mi fu dato presenziare in 2 casi accolti in comparto. Ecco l'osservazione che riporto in extenso, poichè essa mi servirà altresì più avanti, a proposito del mancato effetto emostatico della corrente.

Osservazione XXXIII.

De G. Antonia, d'anni 30, casalinga, nubile, entra in Comparto il 4 novembre 1890; mestruata a 14 anni le regole si mantennero sempre ad epoche fisse, e talora apparivano con dolore. È nullipara. Dice che da due mesi avverte nel quad. inf. destro una tumescenza dura e dolente, e da quell'epoca le mestruazioni si sono fatte irregolari tanto d'aver perdite ogni 12 giorni, abbondantissime. I dati dell'esame addominale e del combinato digito-addomino-vaginale, fanno istituire la diagnosi di *fibromi multipli*, uno sottosieroso del fondo della grandezza di un mandarino, uno interstiziale posteriore cervicale, molti sottomucosi grossi come nocciuole, e disposti a corona all'intorno dell'orificio uterino. Dopo alcuni giorni di degenza vi fu un rialzo di temp. fino a 38.°, e nella notte si verificò emorragia accompagnata da vivi dolori, cui fece seguito un aborto di feto bimestre in istato di macero-putrefazione. La ragazza aveva occultato il suo stato di gravidanza. Il puerperio nei primi giorni decorre regolare ma, subentrando perdita odorosa, si procede al raschiamento, benchè la donna fosse apiretica.

Undici giorni dopo l'aborto, e cinque dopo il raschiamento, la perdita cessata, spontaneamente espulse un fibroma grosso come un uovo d'oca. Nell'intento di provocare una nuova espulsione di altri tumori,

si inizia il trattamento elettrico colla speranza di vedere altresì, di sollecitare, per così dire, una più rapida involuzione uterina. Ecco il riassunto delle sedute:

Giorno	N.° progr. sedute	Corrente	Qualità elettrodo	Modo di applicazione	Durata	Milliamp.	Osservazioni
2. 12. 1890	I.	+	Platino oliva	nella cavità	5.	100	5 ore dopo, residua una corrente di 25 decimilliampères.
6. 12. 1890	II.	"	"	"	"	90	Cessata ogni perdita.
11. 12. 1890	III.	"	"	"	"	80	Considerevole diminuzione del tumore.
17. 12. 1890	IV.	"	"	"	"	175	—
27. 12. 1890	V.	"	"	"	"	120	Continua la cura all'Ambulanza Oss. 25.
27. 1. 1891	VI.	"	"	"	"	100	—

La paziente ha il collo uterino perfettamente riformato, l'orificio esterno chiuso; viste le buone condizioni locali (riduzione dell'utero), si sospende la cura. Addì 3 novembre 1891, cioè 10 mesi dopo, si ripresenta all'ambulatorio dicendo essere in preda a perdite sanguigne da 15 giorni, perdite le quali peraltro erano apparse già da qualche mese ad intervalli. L'esame locale fa notare come l'utero sia molto ingrossato. Viste le condizioni generali assai deteriorate (oligoemia, soffi al cuore), si consiglia a rientrare in Comparto, ove dopo alcuni giorni di riposo fu dal prof. Mangiagalli operata (27 novembre 1891) di *laparoistero-miomectomia*. L'utero esportato presentava il volume d'una testa fetale, letteralmente convertito in una massa di nodi fibro-miomatosi di volume variabile da quello di una noce a quello di un granello di canape, talchè ripeto, al taglio si vedeva l'utero convertito in un conglomerato di fibromiomi. Uno di tali nodi era in avanzata degenerazione adiposa. In un punto dell'endometrio si rinvennero ancora al microscopio dei villi coriali. Guarita usciva il 12 gennaio 1892.

Anche nell'osserv. N. 40 (vedi tavola riassuntiva), si praticò il raschiamento; quivi per altro vennero altresì fatte due applicazioni galvaniche; dopo la seconda un polipo, fino allora sconosciuto, fece capolino.

Il raschiamento certo aperse la capsula del tumore che era stato diagnosticato in parte interstiziale, ed in parte sotto mucoso. La corrente inducendo le contrazioni ha indubbiamente favorito la estrinsecazione.

Vista così la enucleazione spontanea sollecitata da una parte dall'azione polare escarotica della corrente, e dall'altra dalla contrattilità indotta nel miometrio, parmi che essa nulla tolga alla teoria della diminuzione dei tumori per assorbimento. Chévrier (1) dice: *Comment concilier ces deux résultats si opposés dans les deux cas, et pour quelle raison le courant serait il tantôt éliminateur, et tantôt énucléateur, le courant changerait donc d'essence suivant qu'il s'agirait de telle, ou de telle categorie de tumeurs fibreuses?*

Non è che la corrente cambi d'essenza, ma essendo molteplici le azioni che essa opera, a seconda della prevalenza dell'una o dell'altra si avranno effetti diversi, e così per l'azione polare cauterizzante, la mucosa, se la cauterizzazione è sufficiente, e lo stato di endometrite lieve, avremo il fenomeno emostasi, oltre a ciò se contemporaneamente si stabilisce la apertura della zona perifibromatosa, potremo presenziare, mi si permetta la frase, al disgorgarsi del tumore, ed eventualmente anche alla sua espulsione sottomucosa, favorita dalle provocate contrazioni delle fibre uterine, qualora sempre la mole del tumore permetta quest'ultima fortunata soluzione.

Un altro effetto dobbiamo ascrivere all'azione chimica polare della corrente, cioè a dire il potere antisettico che dispiegasi in vicinanza dei poli, potere intimamente legato all'azione chimica.

Apostoli e Laquerrière (2) in una memoria vennero a far conoscere i risultati dei loro studi sull'argomento, ed io non mi fermerò su questo punto, limitandomi ad accennare che l'azione microbicida, giungerebbe a tal punto da far dire a Brivois (3), che quand'anche l'isterometro avesse ad introdurre dei germi infettivi, essi non potrebbero attecchire perchè rimarebbero uccisi dalla corrente stessa. (!?)

---

(1) Loco citato.

(2) Apostoli e Laquerrière. « De l'action polaire du courant galvanique constant sur les microbes. » *Riv. int. d'Elect.*, Aout 1890.

(3) Apostoli. « Traitement de l'endométrite par la galvano caustique chimique intraut. » Pag. 108.

Ma su ciò avrò campo di ritornare parlando della tecnica operatoria, in allora esporrò i miei giudizi.

Da ultimo, accenno agli effetti calorifici polari esplicantisi nella porzione di tumore in contatto colla sonda o col trequarti.

Secondo l'Apostoli in una corrente di 300 m. a. gli effetti calorifici sarebbero uguali a 100°, vale a dire tanto sterilizzanti come l'acqua portata all'ebullizione (1). Gli effetti calorifici polari furono negati da Danion, ma Apostoli e Laquerrière li dimostrarono assai brillantemente colle esperienze. I prefati autori sono d'avviso che lievi intensità non sono capaci di dare un elevazione termica perchè la corrente elettrica provoca un aumento nella irrigazione sanguigna, la quale funzionerebbe come un apparecchio refrigerante, ma tale aumento non è capace di correggere gli effetti calorifici delle grandi intensità, poichè questi aumentano in ragione del quadrato della intensità medesima.

Per conto mio una simile interpretazione soddisfa poco, che cioè l'irrigazione sanguigna attenui l'effetto termico polare, se la corrente è di lieve intensità. Piuttosto amo meglio credere che l'aumento sia in ragione della intensità stessa e dei fenomeni che ne derivano, sia di aggregazione molecolare, sia di reazioni chimiche locali, e quivi sembrami possa essere istituito un parallelo fra la galvano caustica chimica e la termica, in cui con intensità lievi non riusciamo ad ottenere il riscaldamento dell'ansa.

II. Azione interpolare.

Le nostre cognizioni sulle azioni che si esplicano nel tratto interpolare di un tessuto attraversato dalla corrente, bisogna confessarlo, sono scarse. In base però ad una serie di fatti e di esperienze appare che tali azioni esistono. Mi si permetta un richiamo di fisica. Gli atomi attrattisi e congiuntisi chimicamente formano una molecola, che per essere scissa richiede una forza. Questa forza può essere appunto l'elettricità. Suppongasi che per un polo passi la corrente, si rompe il filo in un dato punto, la corrente cessa in quel medesimo istante; si immergono

(1) Apostoli. Congrès médical international de Berlin, 1890. *Revue d'Electr.*

ora i due capi nella soluzione acquosa di un sale contenuto in un recipiente. La corrente ritornerà a circolare, poichè la soluzione di continuità nel conduttore è rimediata dal corpo liquido, ma come nel conduttore solido il passaggio della corrente dà luogo alla modificazione dello stato di aggregazione molecolare, così nel liquido avrà luogo una modificazione nello stato atomico, o come si dice, nella composizione chimica.

Il fenomeno chimico che produce la corrente elettrica attraversando i corpi composti, dicesi *elettrolisi*. Dopo questo richiamo, vediamo alcuni fatti.

« Un pezzo di carne i cui estremi sieno immersi nell'acqua distil-
« lata contenuta in due bicchieri (1), nei quali peschino i reofori di una
« pila composta di moltissimi elementi, assoggettato per più giorni alla
« corrente, si converte in un corpo duro e secco, il quale incenerito
« non lascia più alcuna traccia di materie saline; nel vaso in cui pe-
« scava il polo negativo, trovasi la potassa, la soda, l'ammoniaca e la
« calce; nell'altro l'acido solforico, il nitrico, il cloridrico, il fosforico.
« Agendo nello stesso modo coll'immergere nei due bicchieri un dito
« d'ambo le mani, Dawy provò avvenire la stessa separazione dei prin-
« cipi acidi ed alcalini anche nell'organismo vivente. »

Shaw e Stheavenson, al dire di Kleinwæckter, riuscirono a dimostrare che facendo passare una corrente attraverso ad una serie di bicchieri messi in rapporto fra di loro e riempiti di una soluzione di joduro potassico, l'joduro si decomponeva nei bicchieri che stavano nel mezzo della serie, deducendone che ciò accadeva per un'azione interpolare della corrente.

Quest'esperimento però non riescì ad Inglis Parson, al quale fallì pure un'altra prova tentata, e cioè, avendo iniettato nel cavo uterino una soluzione satura di joduro potassico, spalmò sull'addome una soluzione di amido, indi applicò il polo negativo nell'utero e quello positivo sull'addome, l'amido non subì alcuna colorazione, e da ciò trasse la conclusione, che l'azione elettrolitica rimanesse limitata soltanto alla regione dei poli.

---

(1) Cinisellì. Loco cit.

Willis E. Ford sperimentando coll'albume d'uovo vide questo mettersi in movimento ondulato nel tratto interpolare e coll'aiuto del microscopio potè accertare che nello spazio interpolare si formavano come degli esili filamenti.

Klein dimostrò un aumento di temperatura nello spazio interpolare, e tale modificazione di temperatura non sarebbe altro appunto che una prova dell'azione interpolare della corrente, devoluta ad una modificazione nello stato di aggregazione molecolare, che è pressochè identica a quella che si produce nei conduttori, dando luogo all' azione *elettro termica.*

Engelmann crede che nel tessuto attraversato dalla corrente avvenga una modificazione nel ricambio materiale, pel quale, nel tessuto sano, si avrebbe una sostituzione rapida delle molecole, invece nei tessuti patologici non accadrebbe alcuna sostituzione delle molecole trasportate altrove.

Apostoli attribuisce una grande importanza all' azione trofico-dinamica dell' azione interpolare. La corrente regolando la nutrizione aumenterebbe la tensione dei vasi sanguigni e dilaterebbe i linfatici dando luogo ad arresto di sviluppo, e perfino ad un impicciolimento di un fibroma.

L' azione interpolare modificherebbe la nutrizione, da cui in una parola scaturirebbe la metamorfosi regressiva.

White (1) dice che l'azione interpolare si esplica in triplice modo:

1.° Come un' *azione elettrotonica* che si traduce in esagerata funzionalità dei tessuti, in una riattivata circolazione, in un ricambio nutritivo.

2.° Come *azione cataforica,* per cui le sostanze del polo + vengono trasferite al polo —.

3.° Come *azione catalitica,* sdoppiamento dei corpi complessi nei loro elementi costitutivi.

Steavenson (2) opinerebbe che la corrente modifica chimicamente le cellule in modo che esse divengano capaci di assorbire sostanze, quali, ad esempio, fibromi, essudati, ecc.

Inglis Parson (3) benchè non abbia coll'esperimento potuto accertare

---

(1) *Am. Journ. of Obst.,* 1889, pag. 982.

(2) Steavenson. *Transact. of the Obst., sact of London,* Bd. XXX, 1889.

(3) Loco citato.

l'azione interpolare, pure l'ammette. Shaw in alcuni tumori, facendo passare per molto tempo la corrente, vide che diminuivano in peso di 1 1[2, 2 0[0 e contemporaneamente aumentava la quantità degli albuminati solubili. Egli opina che la corrente agisca per modificazioni elettrolitiche dirette che subisce il tumore, e specialmente i suoi liquidi ed i suoi grassi.

Willis E. Ford pure crede che nei succhi del tumore, nel tratto interpolare avvengano delle decomposizioni chimiche e sdoppiamenti di composti complessi in altri più semplici, e che alcuni disturbi generali delle pazienti sottoposte al trattamento, siano probabilmente dovuti all'eliminazione dei suaccennati prodotti di sdoppiamento. Già ho detto che a Ciniselli non era sfuggito un particolare, e cioè che, anche dopo terminata la cura, talora il tumore continuava a raggrinzarsi, e dissi, che l'elettricista cremonese aveva già dichiarato non doversi ciò ascrivere alla perdita di sostanza indotta dalla galvano caustica chimica (azione polare), ma bensì il fenomeno doversi spiegare ammettendo essersi prodotta una persistente modificazione nella nutrizione del tumore, per cui anche in prosieguo continuava a diminuire. Ciò sarebbe appoggiato dal fatto che nelle urine delle pazienti sottoposte al trattamento elettrico si riscontra una quantità di sedimento maggiore di prima, nonchè un aumento del peso specifico.

Io ho già accennato in altre occasioni (1), di avere trovata la presenza di peptoni nelle orine di alcune pazienti sottoposte al metodo Apostoli, e la presenza di tale composto fu sempre più palese là, ov'ebbi a riscontrare una diminuzione di volume del tumore. Notisi che prima di istituire il trattamento elettrico, m'ero assicurato con ripetuti esami che il peptone avesse a mancare. Ed in tale occasione ho pure accennato che un fenomeno molto analogo, che vediamo accadere fisiologicamente, fu quello dal quale fu suggerita al prof. Mangiagalli l'idea di indirizzarmi a tale ricerca.

Nell'utero puerperale, come è noto nei lavori di Fischel (2), Truzzi (3),

---

(1) Decio. « I primi 15 mesi del Comparto Ostetr.-Ginec. dell'Osped. Magg. di Milano. » *Ann. di Ost. e Gin.*, 1890. — « Sopra un caso di fibromi multipli complicanti la gravid. » *Ann. di Ost. e Gin.*, 1892.

(2) Fischel. « Ueber puerperale peptonurie. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXIV, 1884

(3) Truzzi. « Contributo allo studio peptonuria puerperale. » *Gazz. Med. Ital.*, 1886. — « Peptonuria puerperale. » *Ann. universali di medicina*, 1885, vol. 273.

Baroni (1), di pari passo al movimento di regressione involutivo, noi vediamo il miometrio andare incontro ad una trasformazione della sua sostanza albuminoidea in peptone, e la riduzione di volume nei primi giorni dopo il parto, troverebbe spiegazione appunto nel rapido riassorbimento di tale solubile prodotto e nella successiva sua eliminazione attraverso i reni.

Importante d'essere ricordato si è, che il Fischel trovò il peptone nel contesto di un fibroma uterino del peso di 650 grammi, e discutendo sulla origine di tale peptone, conchiudeva per la genesi del medesimo da trasformazione peptonica nel tessuto del tumore, nella stessa guisa di ciò che deve accadere nel parenchima uterino dopo il parto. Senonchè, come dice il Truzzi, la patogenesi della peptonuria puerperale è assai oscura; fra le svariate cause che potrebbero essere adottate a spiegare la insorgenza di tale fenomeno, merita sopratutto attenzione il processo d'involuzione uterina, e un certo valore come causa disponente devesi pur concedere alla perturbazione nel ricambio molecolare. Ed è appunto in tale perturbazione nel ricambio molecolare indubbiamente indotta da peculiari molecolari orientazioni degli elementi che costituiscono il tumore per effetto della corrente, ch'io intravedo una parentela, o dirò meglio una somiglianza fra le due peptonurie, cioè fra la fisiologia puerperale e quella artificialmente prodotta, tanto più che in causa vi sarebbe altresì un altro elemento sul quale ho insistito poc'anzi a proposito delle azioni polari. Vale a dire la contrazione uterina indotta dalla corrente stessa, la quale avrebbe il proprio riscontro nei dolori del parto e nella postuma retrazione dell'utero, cui il Fischel annette una non lieve importanza, contrazioni uterine le quali, per la rapida loro successione consumano gli elementi cellulari, diminuiscono colla compressione dei vasi nutrizii l'afflusso di protoplasma ossigenato, ed affrettano la metamorfosi evolutiva delle sostanze proteiche del parenchima uterino. » Anzi il Fischel a questo fattore è disposto a concedere tanta importanza, da attribuire alle fugaci indolore contrazioni dell'utero gravido la lieve peptonuria ch'egli ebbe a constatare anche nelle gestanti, in numero però assai limitato di casi (Truzzi). Non è egli forse

---

(1) Baroni, *Ann. di Ost. e Gin.*, 1887.

verosimile una simile genesi anche per la peptonuria, dirò così, elettrica? Questa, ripeto, fu palese nei tumori voluminosi che manifestamente tendevano a regredire; mancò o fu scarsa nei casi dubbi, ed assolutamente negli uteri di piccola mole, in cui certamente la scarsità di elementi può essere stata la causa prima della mancata od insufficiente comparsa nell'orina dell'insolito prodotto. Il che troverebbe riscontro perfetto colla spiegazione data dal Truzzi alla scarsa peptonuria, che consegue a parti abortivi o prematuri, e cioè per lo scarso sviluppo del parenchima uterino, e pel valore contrattile assai meno intenso nell' atto del parto. Orbene, anche a costo di essere tacciato di fantasticare con troppe ipotesi, il che male si accorda colla rigida severità dell' odierno indirizzo delle scienze positive, ricordando l'aumento degli albuminati solubili di Shaw, non sembrami che ripugni l'ammettere, che per peculiari modificazioni chimiche indotte dalla corrente (Willis E. Ford), in grembo ai succhi nutritizi dei tumori, per effetto della corrente stessa, avvenga una parziale trasformazione di questi, in peptoni, i quali assorbiti dal torrente circolatorio (agevolati in ciò dalle contrazioni uterine), verrebbero ad appalesarsi nelle orine.

Nè dovrebbe dimenticarsi il parallelo fra la degenerazione adiposa degli elementi della trama uterina nel periodo puerperale, con quella che il La Torre (Congresso Intern. Medico di Berlino), disse di avere riscontrato in un fibroma uterino appartenente ad una donna operata dal prof. Durante di Roma.

Da quanto esposi, io sono inclinato a credere che non solo havvi una stretta parentela fra le due peptonurie, ma che la patogenesi del fenomeno peptonuria puerperale (pur rimanendo assai oscura per la mancanza di esatte cognizioni sulle modificazioni uterine sostanziali, che si avvicendano dopo il parto nei tessuti dell'apparato genitale), possa trovare qualche utile conferma nei dati della peptonuria elettrica. Di una certa utilità pratica poi sarebbe lo studio del rapporto fra peptonuria ed intensità impiegata, potendo forse dai risultati ottenuti, avere una guida secondo la quale usare di correnti più o meno elevate.

L'interesse dell'argomento io spero varrà ad incitare altri su tali ricerche, meglio certo di quanto io non seppi fare.

A me per ora basta di aver accennato al fatto, il quale (per tornare al punto dal quale mi distolse questa digressione), sarebbe pur esso una prova dell'azione interpolare della corrente costante.

Lapthorn Smith (1) ha una opinione che merita di essere ricordata circa la diminuzione di volume dei tumori sotto l'azione della corrente costante.

Parte dal principio che i tumori siano l'espressione di una disturbata vitalità dell'organo, subordinata ad alterata circolazione, e crede che alla iperemia venosa si debba la proliferazione connettivale; che se è diffusa si ha la metrite cronica, se è circoscritta dà luogo al fibroma.

Colla corrente l'A. opina che venga regolata la nutrizione, per la quale cosa i vasi sanguigni e linfatici più facilmente eliminerebbero gli elementi della neoplasia, trasformati ben inteso dall'azione chimica della corrente stessa.

Milne Murray (2) crede che i vasi decorrenti nella capsula del fibroma vengano messi fuori della loro funzione dall'azione della corrente, laonde il tumore privato della sua nutrizione verrebbe a raggrinzarsi. In ciò sarebbero in gioco anche le contrazioni provocate dalla corrente.

Da questa esposizione di esperienze e di teorie, immaginate per ispiegare gli effetti della corrente, appare che la questione non è risolta e specialmente per la scarsezza di cognizioni dei fenomeni elettrici. Infatti come mai l'elettricità può giungere a commuovere in modo tanto potente gli atomi degli elettroliti? Nessuno ha saputo finora rispondere ad un tale quesito. Le spiegazioni date dai diversi scienziati non coincidono punto fra loro; non vi ha teoria contro la quale non si possa formulare qualche obbiezione, perchè infine nulla sappiamo ancora di positivo sulla natura dell'elettricità e delle correnti elettriche. La più nota teoria è quella di Grotthus; questi si affida nello spiegare come avvengano i fenomeni elettrolitici, alla teoria dei liquidi, secondo la quale le molecole di detti corpi sono in movimento, cangiando la posizione analitica, urtandosi e ritornandovi, e ciò in modo continuo.

I liquidi composti sono formati dall'insieme delle molecole degli elementi loro, le quali per gli effetti degli urti reciproci, si separano le une dalle altre, per tornarsi ad unire con altri gruppi di molecole divenute libere. È tale lo stato in cui trovansi i liquidi composti sottomessi all'azione della corrente elettrica. Ma la direzione del movimento

---

(1) Lapthorn Smith. *Am. Journal of Obstet.*, 1889, p. 801. *Revue Int.*, 1891, N. 10, pag. 274.

(2) Milne Murray. *Transact of the Obstet.*, Soc. Edimburg Bd. XV, 1890.

molecolare non è arbitraria, quando attraverso l'elettrolito passa la corrente; e le molecole non si possano stabilire in equilibrio indifferente, bensì quelle elettrizzate positivamente tendono al *catode*, e possono tutte considerarsi come gli elementi dell'*anione* e del *catione* (1).

Questi joni però, prima di giungere al catode ed all'anode, incontrano più o meno di frequente, secondo la distanza molecole dell'anione e del catione che si muovano in senso inverso, ed unendosi ad essi ricostituiscono l'elettrolito. Arrivato al catode il catione non trovando elemento cui unirsi vi si addossa, e del pari si addossa l'anione all'anode, non incontrando là altri elementi con cui comporsi. Ecco in qual modo, secondo la teoria di Grotthus, il fenomeno elettrolitico appare solamente ai due elettrodi, non riuscendo visibile *alcun effetto di quel moto incessante che pur soffrono tutte le parti del liquido.*

Ora i tessuti altro non sono che dei composti chimici, sopra i quali si può fare agire la corrente nelle stesse condizioni di esperienze e di risultati definitivi, che allorquando si operi su di un elettrolito naturale come l'acqua, o qualunque altra soluzione preparata artificialmente. Per cui tutte le molecole, nel tragitto interpolare, dovranno necessariamente subire delle modificazioni, che se non cadono direttamente sotto i nostri sensi, non è men vero per questo che esse esistono. E quivi per chiarire le mie parole, mi sia permesso di aprire una parentesi. Ricordiamoci il principio della trasformazione delle forze. Secondo tale principio l'energia è indistruttibile come la materia, e se essa in un'azione qualunque sparisce non potendosi distruggere, è segno che si è trasformata sotto un'altra forma, rimanendo talora cinetica, e talora potenziale.

Ora quando una corrente spende la propria energia nello scomporre un elettrolito, non è già che questa energia vada perduta; essa si rende potenziale ed essa è richiesta dalla forza chimica che deve essere superata per ottenere la separazione degli elementi.

Perciò l'elettricità si rende invisibile dopo avere compiuta la scomposizione degli elementi di un elettrolito, venendosi essa a trasformare in energia chimica potenziale.

Tanto è vero che, date opportune condizioni, gli elementi che formano

---

(1) I prodotti della scomposizione si dicono *joni;* si chiamano *anioni,* quelli che hanno luogo all'*anode, cationi* quelli che risultano al polo negativo.

l'elettrolito si ricombinano, l'elettricità latente ritorna cinetica, applicabile ad altri lavori.

Questo principio è la base di una delle più splendide scoperte del secolo, per cui si applica l'elettrolisi all'accumulazione dell'elettricità.

Chiusa la parentesi, ripeto che tutte le molecole nel tragitto interpolare devono necessariamente subire profonde modificazioni, per le quali i tessuti vengano caricati come una pila secondaria, un vero accumulatore, il quale è dotato di una propria forza, elettromotrice, che, scaricandosi continuerà il lavoro della corrente primitiva (Apostoli). Ciò afferma anche il Nagel (1). Per quanto negata da Danion, da Mally e da Vigouroux (2) questa corrente secondaria o di polarizzazione esiste. Io l'ho esperimentata parecchie volte su alcune pazienti sottoposte al trattamento elettrico, nonchè sopra il cadavere e sopra pezzi isolati di tumore. Ciniselli l'aveva pure riscontrata nella ovialbumina in cui era passato l'elettrico, come già ebbi occasione di accennare.

Ma alcuno potrebbe obbiettare, che tale corrente secondaria rilevabile al galvanometro altro non sia che una ripetizione di ciò, che più volte venne verificato, e cioè che i tessuti organici possano prendere parte nel comporre un apparato elettromotore; in altre parole qualcuno potrebbe domandarsi se tale corrente secondaria non sia una ripetizione dell'antico esperimento col quale, toccando coll'apice della lingua una lamina di zinco, il cui margine superiore sia in contatto con una lamina di rame, la quale appoggi sul dorso della lingua, sentesi un sapore astringente acido, e per converso alcalino alloraquando si arrovescia la coppia. Tale fenomeno, già conosciuto da Sulzer nella sua teoria delle sensazioni aggradevoli, fu spiegato da Volta, che dichiarò la differente sensazione doversi attribuire ad un effetto chimico dell'elettrico. E nella stessa guisa che nell'esperimento di Sulzer la lingua entra realmente come il conduttore umido di un apparato elettromotore, potrebbe, ripeto, sorgere la domanda se anche per l'utero fibromatoso non accada lo stesso, e cioè da una parte la sonda nella cavità a contatto colle secrezioni dell'endometrio e dall'altra l'elettrodo esterno, siano capaci di darci una deviazione galvanometrica, che non sia l'espressione di una corrente di

---

(1) Loco citato.

(2) Mally. « Du traitement électrique en gynécologie. » *Ann. de Gyn. et Obst.*, 1891, p. 371.

polarizzazione. Per ciò ho istituito esperienze sopra uteri non elettrizzati, ma ebbi sempre un effetto negativo. Ma ancora un'altra obbiezione potrebbe essermi rivolta, e cioè che possa aversi la parvenza di una corrente secondaria solo per gli elementi che furono messi in libertà ai poli (acidi o basi), ma anche una simile critica perde del proprio valore, perchè io vidi la corrente secondaria sopra pezzi di tumore in cui ad artificio infissi aghi nuovi e non nei punti in cui avevo fatto passare la corrente primitiva; e sulla donna vivente, ebbi la deviazione galvanometrica inversa solo toccando il muso di tinca coll'elettrodo di platino, là dove avevo praticata la elettrolisi intrauterina al fondo della cavità.

In base a tali esperienze è pur forza l'ammettere un lavoro interpolare, una commozione molecolare dell'elettrolito organico. E giacchè sono su questo punto, mi permetto di aggiungere che secondo le mie esperienze, avrei trovata la polarizzazione essere in rapporto: 1.° colla mole dell'utero fibromatoso — 2.° colla intensità e durata della corrente primitiva — 3.° ed ancora 48 ore dopo la applicazione elettrica trovasi talora qualche decimilliampère di corrente residua.

Da quest'ultima considerazione potrebbe, in certa qual guisa, scaturire un criterio pratico sulla frequenza delle sedute, per mantenere il tessuto fibromatoso in uno stato di permanente tensione, qualora dagli esperimenti fosse provato, che un tale stato influisse sulla regressione dei tumori.

Più di una volta vidi mancare, od essere appena apprezzabile la corrente di polarizzazione, e la ragione di ciò va forse cercata nelle differenze considerevoli della conducibilità dei differenti tessuti. Ora sembra che la conducibilità più o meno grande dei tessuti organici sia dovuta non al tessuto stesso, ma bensì alla proporzione più o meno considerevole di succhi che lo impregnano, ed in allora i fibromi molli dovrebbero essere quelli più facilmente polarizzabili. E siccome tale genere di fibromi per taluni sono quelli più suscettibili di regressione, si potrebbe supporre una stretta parentela, come di causa ad effetto, fra la polarizzazione e la diminuzione di volume. Ma questa già vedemmo in rapporto al fenomeno peptonuria (che dissi spiegabile per l'effetto di peculiari modificazioni chimiche indotte dalla corrente in grembo ai tessuti nutritizi dei tumori), così una nuova alleanza si può presagire fra polarizzazione e peptonuria.

Io confesso che non ho potuto portare le mie ricerche allo studio di tali rapporti in tutti i casi, ma là ove esperimentai la corrente di polarizzazione l'effetto di riduzione fu palese, e là ove fu palese la riduzione (in genere) trovai il peptone nell'orina.

Io credo che su questo argomento debba rivolgersi la mente degli studiosi della elettro-biologia, e della elettro-fisiologia, poichè dalla costanza maggiore o minore dei rapporti suaccennati, si potrebbe venire a gettare luce sulla complicata e difficile interpretazione del fenomeno elettrolitico e delle sue conseguenze.

III. Azione extrapolare.

È di minore importanza delle due precedenti per ciò che riguarda l'elettroterapia dei fibromi. Tuttavia essa merita di essere accennata; riporterò quanto dice Kleinwächter:

« In ogni corrente costante che attraversa il corpo in una data « direzione, si dirama una corrente accessoria che, per la via dei nervi « attraversa il corpo in tutt'altra direzione della corrente precipua. « D'ordinario è troppo debole per appalesarsi con un effetto qualsiasi, « però talora rivelasi con una sgradita sensazione che provoca sul si- « stema vasale e sui nervi, specialmente sul plesso solare non che sul « plesso lombare. È desso che produce quei disgustosi effetti accessori « che parecchie inferme spesso accusano dopo la seduta, cioè cefalea, « disturbo gastrico, e simili, e che talora divengono tanto intensi da « rendere impossibile l'impiego della corrente.

« Ciò accade sopratutto quando il sistema nervoso aveva preceden- « temente subito una alterazione patologica; e quindi non di rado l'iste- « rismo costituisce una controindicazione pel trattamento colla corrente « galvanica. Anche le diarree mucose che sogliono qualche volta ap- « parire al principio della cura (la così detta *enterite glaireuse* di Apo- « stoli) e ne costituiscono una controindicazione, possono etiologicamente « essere quivi annoverate. »

Volendo pertanto riassumere quanto ho esposto circa le azioni della corrente costante sopra i tessuti, si potrebbe venire alle seguenti conclusioni:

a) AZIONE POLARE.

1.° Alla azione polare della corrente è legato un effetto chimico escarotico, in cui nulla ha a che fare l'azione termica (galvano caustica chimica Ciniselli).

2.° I tessuti appaiono più profondamente alterati ai poli e specialmente al polo positivo (Shaw, Klein) anche istologicamente parlando. Interessanti poi sono i reperti che concernono i vasi sanguigni e linfatici (Richardson I. Parson, Willis).

3.° L'azione emostatica non è devoluta soltanto alla escara che si forma sul tessuto, ma indubbiamente dipende da cause molteplici, precipua tra le quali la contrazione (Helot, Onimus, Piccinini, Mac Ginnis).

4.° Per l'effetto di tale contrazione fatale, preterintenzionale, associandosi la distruzione parziale di endometrio (ipotesi di Baraduc), vengonsi a creare opportune condizioni per la enucleazione *spontanea,* così detta forse un po' impropriamente.

5.° All'azione polare vanno ascritti: il potere microbicida (Apostoli, Laquerrière), della corrente, e gli effetti calorifici (Apostoli).

b) AZIONE INTERPOLARE.

1.° Esiste un'azione interpolare, e ciò è provato dalle esperienze di Ciniselli, Davy, Staw, Stheavenson, e specialmente di Willis E. Ford di cui sono interessanti i risultati microscopici. L'azione interpolare sarebbe triplice nelle sue esplicazioni, cioè elettrotonica, cataforica, catalitica (Withe).

2.° L'esistenza dell'azione interpolare è provata altresì dalla diminuzione di volume dei tumori.

3.° È assai probabile che per l'azione interpolare avvengano delle modificazioni chimiche in grembo ai tessuti, sì che ne risulti alterata la nutrizione. Ciò è avvalorato dal fatto della presenza maggiore di sedimenti nella orina, della peptonuria elettrica, e della polarizzazione dei tessuti.

c) AZIONE EXTRAPOLARE.

È la meno importante.

(Continua).

Sul raschiamento uterino

OSSERVAZIONI CLINICHE E CONSIDERAZIONI

PEL

Prof. R. PUGLIATTI

Direttore dell' Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Univ. di Messina.

I francesi pretendono Récamier il primo che abbia inventato la *curetta* e fatto il raschiamento della cavità uterina, e ciò anche quattr'anni prima del 1846. Tanto è poggiato sopra una nota del Leclerc (1) che critica l'operazione del Robert (2) che nel 1846 scrisse: « L'abrasione « delle fungosità, consigliata dal Récamier, è razionale.... le vegetazioni « sono talmente voluminose che bisogna intaccarle con l'istrumento « tagliente. » Da ciò sembra che il Récamier non facesse il raschiamento che ne' casi d'endometrite vegetante.

Il Guérineau nella sua tesi del 1847 dice che il Lisfranc abbia guarito rapidamente con il raschiamento dell'utero una donna con perdite rosse e bianche, portando fuori un numero di granulazioni rassomiglianti ai polipi nasali.

La curetta in sul nascere cade in discredito per molti oppositori, specie in Alemagna per opera di C. Braun, dello Scanzoni, del Breslau, ecc., e ciò forse devesi al fatto che la medicatura antisettica in quell' epoca non era ancor bene conosciuta e diffusa. Malgrado ciò contemporaneamente ebbe valorosi sostenitori in quasi tutte le nazioni. Ed infatti il Simpson (1850) in parecchi casi di menorragia cronica con produzioni granulose adoperava le unghia e dopo la curetta del Récamier. Il Tilt (1853) comunicò alla Società Medica di Londra di curare il catarro

(1) *Annales de Thérap.*, agosto 1846.

(2) Thèse d'Agregat, 1848, pag. 72.

dell' utero con la curetta del Récamier ed ebbe molti oppositori. Il Sims (1866) adoperava una curetta a bordi taglienti nelle fungosità uterine. Il Gaillard Thomas (1872) (1) preferiva la sgorbia ne' casi d'endocervicite ed endometrite del corpo (granulazioni fungoidi, cisti e polipi mucosi). Il Barnes (1873-78) ricorse alla cura del raschiamento ne' casi ribelli d'endometrite cronica. Il Plönies (2) era anche partigiano del raschiamento nel campo puerperale. Il Doléris nel giugno del 1886 depositò alla Società ostetrica e ginecologica di Parigi una memoria importante sull'*Endometrite e sul suo trattamento*, nella quale il raschiamento dell'utero occupa molte pagine degne di ammirazione. Il Terrillon (1890) raccomanda il raschiamento ne' casi d'endometrite, specie in quella dovuta a residui di ova abortive e nel cancro (3). Il Pozzi (1891) è anche fautore del raschiamento uterino ed ha pubblicato importanti lavori sull'argomento (4). Nel nostro paese quest'operazione è generalizzata, come lo provano gli scritti di Morisani, Cosentino (5), Tibone (6), Truzzi (7), Inverardi (8), Chiarleoni (9), Bossi (10), La Torre (11), Negri (12), Bompiani, Mangiagalli, Calderini, Cuzzi, ecc.

A queste brevi notizie facciamo seguire una serie d'osservazioni sul raschiamento uterino, ed a fine di riuscire più chiari li disponiamo in due ordini, cioè a dire: *A) Raschiamento ginecologico, B) Raschiamento ostetrico*, intendendo per *raschiamento ginecologico* quello che ha luogo

---

(1) T. Gaillard Thomas. « Trattato pratico delle malattie delle donne » Versione italiana, 1877, pagina 303.

(2) *Centralblatt f. Gyn.*, N. 2, 1885.

(3) *Bull. de Thérapeuth.*, 30 mars 1890.

(4) « Traitement chirurgical de le métrite; parallèle entre la curettage et la cautérisation avec le batôn de chlorure de zinc. » *Semaine médicale*, N. 6, 4 février 1891.

(5) *Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria*, anno 1883, pag. 274 a 303.

(6) « Movimento clinico dell'anno scolastico 1885-86. » *Gazzetta delle Cliniche*, 1886. — « Movimento clinico dell'anno scolastico 1886-87. » *Osservatore*, Gazzetta medica di Torino.

(7) « Relazione sommaria sul movimento clinico-didattico nell'anno scolastico 1890-91. » Novara.

(8) « Rendicondo sommario del movimento clinico 1890. » *Rivista di Ostetricia e Ginecologia*, 1890-91.

(9) « Rendiconto biennale del movimento clinico 1891. » *Rivista di Ostetricia e Gin.*, Torino, 1891.

(10) « Rendiconto finale della Clinica Ostetrica e Ginecologica di Genova nel 1890-91. » *Rivista di Ostetricia e Ginecologia*, 1891.

(11) « Raclage dans l'endométrite chronique. » *Nouvelles Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 25 janvier 1891. — « Il mio primo anno di pratica ostetrico-ginecologica a Roma. » Rendiconto clinico. Bergamo, 1891.

(12) « Prospetto clinico per l'anno 1891. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, marzo 1892.

sull'utero affetto da infermità che prendono la mucosa ed il parenchima, e per *raschiamento ostetrico* quello che si pratica in seguito ad aborti incompleti, parti prematuri, a termine e puerperî. Credesi utile intanto esporre il manuale operativo da noi adottato per il raschiamento uterino.

Premettiamo che il raschiamento può essere fatto o con curette taglienti o smusse. Le prime sono preferibili in tutti i casi di vegetazioni dure, di produzioni polipoidi molli, a peduncolo sottile e lungo, ecc. Le seconde sono adoperate ne' casi in cui non si vuole che grattare. Il tempo preferibile per l'operazione è una settimana dopo il periodo mestruale. All' atto operativo si fanno precedere, in tutti i casi, per 3-4 giorni, iniezioni vaginali antisettiche e l'applicazione d'un batuffolo imbevuto di glicerina iodoformizzata. Non facciamo più uso dello speculum di Sims o di altri durante l'operazione, essendo questi di notevole ostacolo alla progressione ed all'abbassamento dell'utero nel primo momento dell'operazione.

Se la cavità uterina è dilatata tanto che la sonda entri e si muova facilmente nel suo interno, previa antisepsi rigorosa, si potrà passare al raschiamento dell' utero, non occorrendo dilatazione. Le norme per come condurlo sono le seguenti: afferrare il labbro anteriore della cervice con una pinza di Martin, tirarlo in basso, quindi s' introduce il cucchiaio nella cavità uterina, abradendo la superficie anteriore dal fondo in giù, la superficie posteriore e le laterali, estraendo i singoli frammenti. Si passa in seguito ad una lavatura della cavità uterina e poscia con sonde rivestite di cotone si sgombra totalmente la via dal sangue, dal muco e da altri possibili residui; per ultimo si cauterizza la superficie con una o due sonde imbevute in una soluzione fenica o di tintura di jodio o di percloruro di ferro a norma de' casi. A ciò seguirà l' applicazione in vagina d' un tampone di cotone al sublimato, imbevuto in glicerina jodoformizzata.

Ne' casi in cui non esiste dilatazione dell'utero la si ottiene facilmente co' dilatatori graduati del Fritsch e l'operazione seguirà come sopra.

Nel raschiamento ostetrico, che d'ordinario s' impiega per separazione incompleta de' villi della placenta, in casi di gravissima setticemia od emorragia, facciamo seguire lo zaffo intrauterino con piccoli batuffoli di cotone al sublimato, imbevuti di glicerina all'jodoformio. In siffatti casi ci gioviamo del cucchiaio irrigatore del Doléris.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

A) Ginecologia.

1.ª Signora B. A., d'anni 32, nullipara, maritata. Precedente mestruazione al matrimonio piuttosto abbondante, in seguito la donna divenne leucorroica e menorragica. Diagnosticasi endometrite cronica ed emorragica. Addì 2 gennaio 1890 si pratica il raschiamento uterino, previa dilatazione. La guarigione fu completa dopo 15 giorni.

2.ª Signora C. R., d'anni 35, maritata, con prole, è affetta da leucorrea sanguigna e da emorragia abituale. Il fondo uterino trovasi nella zona media sottombellicale. Isterometro cent. 13. Al raschiamento uterino, preceduto da dilatazione, si rinvennero polipi mucosi disseminati su quasi tutta la superficie interna dell'utero. L'operazione fu eseguita il 5 aprile 1890. La guarigione fu completa.

3.ª Signora B. Q., d'anni 26, maritata, con prole, ha sofferto da circa un anno di menorragia e leucorrea siero-purulenta. Isterometro cent. 10. Diagnosticasi endometrite cronica emorragica e metrite parenchimale. Dilatazione del collo e raschiamento il 5 agosto. Guarigione. La donna dopo 4 mesi divenne gravida.

4.ª Signora S. G., d'anni 31, maritata, con prole. Fu sempre mestruata regolarmente prima del matrimonio. Ne' suoi 4 parti abbandonava ordinariamente presto il letto, sicchè fu colta da endometrite emorragica e metrite parenchimatosa per arrestata involuzione uterina. Isterometro cent. 11. Operata di raschiamento dell' endometrio il 5 settembre 1890. Guarigione.

5.ª Signora M. P., d'anni 40, maritata, IIIpara. Soffre dolori sacropubici con irradiazione alle cosce, leucorrea, dispareunia. Diagnosticasi endometrite cronica e metrite parenchimale. Cauterizzazioni col termocauterio del Pacquelin e dopo 6 mesi, 4 dicembre 1890, raschiamento dell'endometrio. Guarigione.

6.ª Signora G. N., d'anni 28, maritata, IIIpara. È sofferente di menorragia e di leucorrea sanguigna. Isterometro cent. 11. Si fa diagnosi d'endometrite cronica in seguito a parto abortivo. Si pratica il raschiamento dell'endometrio il 10 novembre 1890. Guarigione.

7.ª Signora G. P., d'anni 22, maritata, nullipara. È affetta da dismenorrea intensa e da secreti muco-purulenti sanguigni. Esaminata,

trovasi: stenosi del collo ed endometrite. Incisione bilaterale del collo (Sims) e raschiamento dell'endometrio addi 16 novembre 1890. Guarigione.

8.ª Signora B., d'anni 23, maritata, nullipara. Normalmente mestruata fino all'epoca del matrimonio, avvenuto 4 anni addietro. Dopo siffatta epoca seguirono menorragie e scoli siero-purulenti, peso e dolori lombo-sacrali. Visitata diagnosticasi endometrite cronica emorragica. Il 10 novembre del 1890 si passa al raschiamento. Guarigione dopo 20 giorni.

9.ª Signora D. B., d'anni 26, maritata, IIpara. Utero aumentato di volume, misura con la sonda cent. 10; leucorrea abbondante, dolori intrapelvici. Diagnosi: endometrite e metrite parenchimale. Praticasi il raschiamento dell'utero il 2 aprile 1891. Guarigione.

10.ª Signora A. G., d'anni 31, maritata, IIpara. È affetta da endometrite semplice. Raschiamento 8 aprile 1891. Guarigione.

11.ª Signora C. P., d'anni 45, maritata, IVpara. Soffre perdite sanguigne abbondanti e leucorrea. Vegetazioni epiteliali al collo. Raschiamento dell'utero e dopo 3 mesi, addì 15 aprile 1891, amputazione della cervice alla Martin. Guarigione.

12.ª Signora V. C., d'anni 34, maritata, IIIpara. Soffre di dismenorrea e leucorrea sanguigna durante gli spazî intermestruali. Si diagnostica endometrite cronica per ritardata involuzione uterina. Raschiamento dell'endometrio 20 aprile 1891. Guarigione.

13.ª Signora B. F., d'anni 26, maritata, IVpara. Da circa un anno è affetta da leucorrea sanguigna abbondantissima e da menorragia. Si fa diagnosi, anco per l'allungamento de' diametri longitudinali e trasversali dell'utero, di endometrite cronica ed emorragica per polipi mucosi. Il raschiamento uterino conferma il diagnostico. L'operazione ebbe luogo il 28 aprile 1891. La guarigione avviene elassi 20 giorni.

14.ª Signora R. D., d'anni 23, nubile. Soffre da lungo tempo di dismenorrea e scoli mucosi. Esaminandola trovasi antiflessione uterina e stenosi cagionata dall'anomalia dell'utero. Addì 1.° maggio 1891 si passa all'operazione: cervicectomia e raschiamento dell' utero. La guarigione avviene completa dopo 18 giorni.

15.ª Signora M. C., d'anni 35, maritata, IIIpara. Si lagna di dolori sacro-pubici, irradiantisi agli arti inferiori, di leucorrea purulenta e sanguigna. Osservata, trovasi aumento significante nel volume dell' utero, diametro longitudinale 11 cent. Diagnosticasi endometrite cronica emorragica e metrite parenchimale. Si passa all'operazione, addì 13 luglio 1891, con il raschiamento dell'endometrio. La donna guarisce dopo 20 giorni e divenne gravida dopo 3 mesi.

16.ª Signora B. E., d'anni 25, maritata, IIIpara. Quattro mesi fa abortì al terzo mese di gravidanza seguendone menorragia e leucorrea purulenta. Si fa diagnosi di endometrite cronica emorragica in seguito ad aborto. Praticasi il raschiamento dell'utero addi 20 luglio 1891. Guarigione in 15 giorni.

17.ª Signora B. S., d'anni 32, maritata, nullipara, Lamenta gravi sofferenze da parte degli organi genitali, soffrendo di menorragie e di perdite genitali purulente e sanguigne abitualmente. Utero aumentato di volume, giunge col suo fondo 6 cent. al di sopra del margine superiore pubico. Risultando evidente il diagnostico di polipi mucosi del collo e del corpo dell'utero si procede, addì 28 luglio 1891, al raschiamento uterino, ottenendo una grande quantità di masse polipose. Guarigione dopo 25 giorni.

18.ª Signora G. S., d'anni 31, maritata, nullipara. Soffre da oltre due anni di scolo mestruale color caffè, decomposto e puzzolente, che s'accompagna a vivi dolori nell'uscire. Diagnosticasi retroversione dell'utero, stenosi dell'orificio esterno e del collo dell'utero. L'operazione ha luogo addì 2 settembre 1891. Incisione bilaterale Sims, completata con un'incisione bilaterale della rimanente parte del collo, dilatazione e raschiamento dell'utero. Guarigione a capo di 15 giorni.

19.ª Signora C. A., d'anni 26, maritata, IIpara. Un anno addietro, in seguito ad inconsulte cauterizzazioni di nitrato d'argento, praticate da una levatrice sul collo dell'utero, l'inferma ha sofferto grave parametrite settica che l'obbligò a letto per oltre due mesi e consecutivamente dismenorrea e perdite mucose e purulente. All'osservazione presenta: stenosi grave dell'orificio esterno e del condotto cervicale, endometrite cronica e metrite parenchimale. Addì 5 settembre 1891 si procede ad una larga incisione bilaterale e al raschiamento dell'utero. Guarigione dopo 20 giorni.

20.ª Signora C. D., d'anni 18, maritata, nullipara. Sin dalla pubertà ha patito mestruazioni dolorose e secreti mucosi densi e filanti. All'esame notasi: stenosi del collo, cervicite ed endometrite cronica. Addì 7 settembre 1891: incisione bilaterale di tutta la cervice e raschiamento dell'utero. Guarigione in 18 giorni.

21.ª Signora F. R., d'anni 33, maritata, IIpara. Da oltre un anno è sofferente per leucorrea purulenta e sanguigna abbondante e dolori sacro-pubici. All'osservazione: polipi fibrosi del collo. S'interviene, addì 15 settembre 1891, asportando con l'écraseur i predetti tumori, raschiando la cavità cervicale e cauterizzando col termo-cauterio. Guarigione.

22.ª Signora M. S., d'anni 23, maritata, nullipara. Soffre dismenorrea

e scoli fetidi. Trovasi con l'esame stenosi dell'orificio esterno e del collo ed utero retroverso. Addì 23 settembre 1891, si viene all'incisione bilaterale del collo e al raschiamento. Guarita dopo 18 giorni. Applicazione d'un pessario a barra trasversale.

23.ª Signora N. P., d'anni 31, maritata, IIpara. Da oltre un anno soffre, in seguito ad inconsulte cauterizzazioni col nitrato d'argento fatte sul collo dell'utero, intensi dolori intrapelvici, scoli purulenti e dismenorrea. Si diagnostica metrite parenchimale e stenosi gravissima all'orificio esterno e alla rimanente porzione della cervice. Il 24 settembre 1891, incisione bilaterale del collo e raschiamento. Guarigione dopo 24 giorni La donna divenne gravida dopo 5 mesi.

24.ª Signora Bus...., d'anni 36, mestruata regolarmente in gioventù. Maritata a 16 anni, ha avuto fin al momento dodici parti, otto a termine, quattro abortivi. Il puerperio era sempre di pochi giorni, lasciando la donna il letto e sottostando a fatiche continuate. Ripetendosi tanto ad ogni parto ed aborto la donna si presentò con dolori accentuati ai lombi con peso intrapelvico, con utero alquanto prolassato, ipertrofico e all'isterometro dava 10 cent. V'erano perdite di sangue e purulente continue. Menorragie raddoppiate. Raschiamento uterino addì 26 maggio 1881. Guarigione.

25.ª Signora X, d'anni 30, dismenorroica sin dalla pubertà, rimasta sterile fin al momento. Utero aumentato di volume, specialmente il corpo. La sonda dopo l'operazione potè introdursi per 12 cent. Questa ebbe luogo addì 27 maggio 1891 e consistette nell'incisione bilaterale alla Sims ed in due tagli laterali, col bistorì bottonato, che dall'orificio interno raggiunsero le incisioni inferiori; indi raschiamento dell'utero e della cervice. Guarigione.

26.ª Signora G., d'anni 32, maritata, nullipara. Accusa da parecchi mesi scolo sanguigno nerastro, puzzolente e persistente negli spazi intermestruali. Diagnosi: stenosi del collo ed endometrite emorragica. Il 3 settembre 1891 si pratica un'incisione bilaterale, che comprende tutta la cervice, e il raschiamento dell'endometrio. Guarigione dopo 15 giorni.

27.ª Domenica F., d'anni 45, maritata, VIIpara, entra in Clinica addì 14 dicembre 1891. È sofferente di menorragie accentuate e di leucorrea purulenta e mista a sangue abitualmente, di dolori vivi sacropubici ed irradiantisi alle cosce, temperatura 38.° a 39.°, disturbi riflessi da parte dello stomaco Utero aumentato di volume, 8 cent. al di sopra del margine superiore pubico; collo dell'utero ipertrofico e duro. Diagnosi: metrite parenchimale ed endometrite cronica emorragica. Operazione eseguita il 18 dicembre 1891; dilatazione del collo, raschiamento

uterino, estraggonsi molti materiali di detritus, specialmente polipi fibrinosi. La donna lascia la Clinica dopo 33 giorni, guarita.

28.ª Rosa R., d'anni 42, maritata, VIpara, entra in Clinica il 31 gennaio 1892. Soffre da lungo tempo dolori sacro-pubici intensi, leucorrea purulenta, menorragia ed emorragie abituali. Utero aumentato di volume, isterometro 13 cent., collo ipertrofico e duro. Diagnosticasi metrite parenchimale cronica ed emorragica. Operazione 5 febbraio 1892: raschiamento. Guarigione completa in 24 giorni.

29.ª Anna A., d'anni 43, maritata, IXpara, entra in Clinica addì 8 febbraio 1892. Da lungo tempo ha dovuto lamentarsi di emorragie uterine da richiedere lo zaffo. Consecutivamente queste divennero intermittenti ed accompagnate a profusa leucorrea. Utero ipertrofico, isterometro 14 cent., peso e dolori intrapelvici. Operazione addì 5 marzo 1892: raschiamento uterino. Esce guarita dopo 12 giorni.

30.ª Vincenza C., d'anni 36, maritata, XIpara, entra in Clinica il 3 marzo 1892. Accusa emorragia dagli organi genitali da oltre due anni e scoli purulenti. All'osservazione l'utero significantemente ipertrofico e l'isterometro 16 cent. Diagnosi: metrite parenchimale cronica emorragica. Operazione addì 6 marzo 1892: raschiamento uterino. La donna esce guarita dopo 12 giorni.

31.ª Francesca B., d'anni 36, maritata, IIIpara. È sofferente di scoli uterini abbondanti muco-purolenti e sanguigni. Utero aumentato di volume, isterometro 13 cent. Operazione addì 18 luglio 1892. Guarigione dopo 18 giorni.

32.ª X. X., d'anni 35, maritata, IIpara. Presenta voluminoso tumore di milza. Perde abitualmente dagli organi genitali liquido purulento, sanguigno e puzzolente. L'utero occupa tutta la pelvica escavazione ed è voluminoso come una testa di feto per tumore fibroso interstiziale e mucoso in decomposizione. Addì 30 luglio 1892, raschiamento delle parti necrotizzate ed irrigazioni endouterine. La donna s'è subito allontanata ed ignoransi notizie consecutive.

33.ª Signora F. F., d'anni 28, maritata, Ipara. Da cinque mesi soffre di gravissime emorragie da richiedere parecchie volte lo zaffo intrauterino ed applicazioni di caustici potenti. Presenta addì 28 giugno 1892: anemia grave, facili sincopi, convulsioni. Dagli organi genitali fuori esce liquido purulento e sanguigno e qualche fiata totalmente sanguigno ed a forma emorragica. Utero aumentato di volume da raggiungere col suo fondo la zona media sottombellicale cervice, ipertrofica, dolori intensi lombo-sacrali e pubici, estendentisi alle cosce. Diagnosi: metrite paren-

chimale con endometrite emorragica per polipi uterini. Operazione addì 30 giugno 1892: raschiamento uterino. Guarigione.

34.ª Distinta signorina, d'anni 32. Da oltre 10 anni è sofferente di menorragie. Da circa due anni havvi gemizio di sangue abituale e nelle ricorrenze mestruali gravi emorragie. Addì 8 agosto 1892, viene esaminata e trovasi l'orificio uterino esterno alquanto permeabile al dito esploratore. La cervice è ingrossata e contenente un corpo mollastro, lacerabile e decomposto; secreto uterino sanguigno e puzzolente. Addì 10 agosto con una pinza di Martin si porta l'utero in basso e si estrae un grosso polipo fibrinoso e tosto raschiamento nel punto d'inserzione. Guarigione.

35.ª Signora L. M., d'anni 32, nubile, multipara, cameriera. Sin dall'epoca della pubertà ha sofferto sempre dismenorrea, scoli mucopurulenti abituali e menorragia. All'osservazione del 20 agosto presenta: collo dell'utero atrofico e cilindrico, orificio esterno puntiforme; impossibile di superare la cervice con la sonda. L'operazione fu eseguita addì 27 agosto: incisione bilaterale Sims continuata col bistorì fino all'orificio interno, raschiamento dell'endometrio. Guarigione in 10 giorni.

B) Ostetricia.

1.ª Signora L. B., d'anni 22, maritata, IIIpara. Parti precedenti a termine e fisiologici. Mestruazione sempre normale. Questo flusso si sospese nel mese di febbraio 1890 fino al 1.º giugno quando, in seguito ad una caduta, discendendo la scala, la donna abortì. Dopo siffatto aborto essa non guarì radicalmente, persistendo a gemere dagli organi genitali un liquido siero-sanguigno che a poco a poco diveniva emorragico. All'osservazione: utero aumentato di volume, l'isterometro 16 cent., il collo ben permeabile. Diagnosticasi reliquati abortivi e si fa il raschiamento dell'utero il 1.º luglio. Guarigione.

2.ª Signora C. D., d'anni 34, maritata, IIpara. Ne' primi di giugno 1890, soffre d'un aborto al 4.º mese. Da questo momento comincia a soffrire disturbi da parte degli organi genitali, la lochiazione è sempre sanguigna ed accompagnata a febbre. All'osservazione: aumento del volume dell'utero, scoli purulenti-sanguigni, puzzolenti. Diagnosi: aborto incompleto con reliquati nell'utero. Raschiamento addì 8 agosto 1890. Guarigione. La donna dopo due mesi ritorna ad essere gravida.

3.ª Signora N. B., d'anni 35, maritata, IVpara. Addì 5 ottobre 1890, aborto al 4.º mese. Non si ha che l'espulsione del piccolo feto. Si fa il

tentativo dalla levatrice d' estrarre la placenta, ma non riesce che per una parte ed amministra un grammo di segala cornuta; segue emorragia con febbre elevata. Al 10 ottobre si pratica il raschiamento estraendo le parti rimaste. Si fanno irrigazioni endouterine per 8 giorni consecutivi e la donna guarisce.

4.ª Signora P. O., d'anni 26, maritata, IIIpara. La donna si presenta a noi 35 giorni dopo un aborto al 4.° mese, sofferente di metrorragia per residui placentari. Addì 20 novembre 1890 si fa il raschiamento. Guarigione.

5.ª Signora C. N., d'anni 28, maritata, IIpara. Parto a termine spontaneo addì 25 novembre 1890. Secondamento difficile. Dopo due giorni fu colta da intensissimi brividi di freddo, con febbre alta. Si praticarono de' lavaggi vaginali, ma non uterini. La febbre persistette sempre, aumentando fino al 1.° dicembre, giorno dell'intervento. Col raschiamento uterino s' estrassero parecchi cotiledoni placentari in decomposizione e quindi, irrigato generosamente l'utero, applicaronsi dentro parecchi batuffoli di cotone alla glicerina jodoformizzata, che furono rimossi nel giorno consecutivo, facendo seguire larghe irrigazioni antisettiche per modo che la febbre sparì totalmente.

6.ª Signora T. A., d'anni 18, maritata, IIIpara. Aborto al 3.° mese, addì 2 febbraio 1891. Parte della placenta è ritenuta nell'utero, insorge febbre. Intervienesi col raschiamento il 5 febbraio. Guarisce.

7.ª Signora A. B., d' anni 25, maritata, IIpara. Abortì al 5.° mese, il 20 aprile 1891, ma rimase sofferente con perdite purulente e sanguigne. Osservazione: utero poco involuto, persiste gemizio di sangue e quindi si pratica, addì 5 maggio, il raschiamento, estraendosi resti placentari. La guarigione fu completa.

8.ª Signora M. C., d'anni 35, maritata, IIIpara. Ebbe un aborto al 4.° mese di gravidanza, il 20 aprile 1891. Seguirono perdite sanguigne sempre più intense per circa 10 giorni, lencorrea purulenta e sanguigna. Addì 8 maggio fu praticato il raschiamento, portando fuori polipi placentari. Guarigione. La donna concepì dopo tre mesi.

9.ª Signora S. D., d'anni 32, maritata, IVpara. Abortisce al 3.° mese negli ultimi di luglio 1891. Da questo momento soffre di emorragie. Il 13 agosto si fa il raschiamento e si trovano resti placentari. Guarigione.

10.ª Signora F. D., d'anni 32, maritata, Ipara. Alla fine del 4.° mese interuppesi la gravidanza e da questo istante per due mesi fu sofferente sempre di emorragie e di perdite purulente. Addì 10 settembre 1891 si pratica il raschiamento, venendo fuori residui ovalari. Guarigione.

11.ª Signora Saya M., d' anni 28, maritata, IIIpara. Osservazione 24 dicembre 1891. Abortì in campagna al 4.º mese, or sono 15 giorni. L' espulsione dell' uovo fu incompleta, sicchè seguirono gravi disturbi, emorragie, secreti purulenti e febbre. Notasi utero aumentato di volume, collo poco permeabile, secrezioni uterine fetide, temperatura a 40. 5. Addì 25 dicembre dilatazione dell'utero e raschiamento, estraendo abbondanti residui ovalari. Guarigione.

12.ª Nazarena L., d' anni 40, maritata, IXpara, entra in Clinica il giorno 8 gennaio 1892. È abortita or sono due mesi. L' aborto avvenne al 4.º mese di gestazione e fu incompleto, tanto che sin da questo momento seguirono perdite di sangue e scoli purulenti. All' osservazione offre: utero aumentato di volume e col fondo 4 cent. al di sopra del margine superiore del pube e scoli purulento-sanguigni, cervice dilatata ed ipertrofica. Diagnosticasi: metrite parenchimale cronica ed endometrite emorragica. Raschiamento uterino addì 10 gennaio, s' estrae una grande quantità di polipi placentari. Guarigione dopo 10 giorni.

13.ª Concetta C., d' anni 22, maritata, IIpara, entra in Clinica, in travaglio di parto a termine, il 14 febbraio 1892. Il parto ha luogo, dopo otto ore, in presentazione di vertice in O. I. S. A. Secondamento spontaneo. È una donna molto sudicia e piena d' insetti. Elasse 24 ore brividi intensi e prolungati di freddo, a' quali s'accompagna una T. di 41. 4, abbattimento di forze, lingua arida e secca, polso 140, lochii sanguigni, puzzolenti e disciolti. S' interviene con irrigazioni intrauterine antisettiche, raschiamento e zaffo dell'intiera cavità uterina con batuffoli imbevuti di glicerina jodoformizzata. La febbre cade dopo 24 ore e la donna apiretica lascia dopo 5 giorni volontariamente la Clinica.

14.ª Carmela M., d' anni 22, maritata, IIpara. Mestruò normalmente a 14 anni e così sempre in seguito. Passò a marito or sono 14 mesi e seguì un parto a termine artificiale con feto morto. Puerperio tumultuoso per parametrite settica che persistè oltre due mesi. Appena guarita le mestruazioni si sospesero per nuova gravidanza che interruppesi negli ultimi di gennaio 1892, cioè dopo circa 4 mesi, in seguito ad intensi dolori sacro-pubici ed a grave emorragia. L'eliminazione dell'uovo non si fece completa, sicchè ne seguirono perdite purulente e sanguigne per circa tre mesi e persistenza di dolori uterini. L' isterometro dava 11 cent. Furono fatte svariate medicature, ma nissuna efficace. Addì 6 giugno si fece il raschiamento con il solito metodo, estraendo molte villosità coriali, e seguì completa guarigione.

15.ª Signora N. N., d'anni 25, maritata, Ipara. Mestruazione normale sin da 13 anni. Passata a matrimonio ebbe l' ultima mestruazione addì

21 ottobre 1891. Seguirono nausee, vomiti, ecc. Al 21 febbraio apparvero dolori sacro-pubici intermittenti ed intensi, accompagnati da grave emorragia che richiese lo zaffo. Dopo sei ore si trovò l'uovo rotto ed il piccolo feto in vagina. Dopo alcune ore l'emorragia riprese e si ricorse di nuovo allo zaffo. Rimosso questo dopo dieci ore, la placenta si trovò impegnata in parte nel collo dell'utero. L'improvvida levatrice ne tolse una piccola parte ed amministrò un grammo di segala cornuta. Dopo tre giorni, insorgendo sintomi di setticemia, si ricorse al raschiamento dell'utero, estraendo le parti ovalari rimaste.

16.ª Signora Panarello C., d'anni 32, maritata, Vpara. Tre parti precedenti a termine spontanei, quindi due aborti, entrambi al 4.º mese. Nel primo vi fu ritenzione di placenta, metrorragia e setticemia ed esigette l'estrazione manuale. Nel secondo, 8 luglio 1892, la presuntuosa levatrice, avvenuta l'uscita del feto, estrasse piccola parte di placenta ed amministrò un grammo di segala cornuta. A tanto tennero dietro tetanismo dell'utero e decomposizione putrida della placenta. Il 14 luglio dilatazione dell'utero e raschiamento, asportando tutta la placenta ritenuta. Seguì rapida guarigione.

Poche considerazioni sul raschiamento uterino.

A) Considerazioni.

Dalle osservazioni che precedono ne viene che le indicazioni pel raschiamento uterino possono così riassumersi:

Endometrite catarrale
" per retroflessione
" per atresia e stenosi
" emorragica
" per metrite parenchimale cronica
" granulosa
" fungosa
" glandolare
" con vegetazioni vascolari
Metrite parenchimale cronica
Cervicite parenchimatosa
Cisti mucose e polipi mucosi

Carcinoma e sarcoma
Endometrite puerperale
Endometrite cronica puerperale per difetto d' involuzione
Residui ovalari
Endometrite settica puerperale.

B) Opposizioni.

Vi sono stati oppositori, come s'è detto, per quest' operazione ed invero hanno mosso svariate accuse: dolore, emorragia, setticemìa, amenorrea, sterilità, incompleta abrasione della mucosa, perforazione dell'utero e morte della donna.

In quanto al dolore esso non si disgiunge d'ordinario da qualsiasi operazione, ma quello che può accompagnare il raschiamento uterino è così di poca importanza da non richiedere una terapeutica speciale.

Circa all'accusa dell'emorragia, che il raschiamento produce, s'oppone che l'operazione è destinata a vincere le emorragie che accompagnano le endometriti, i polipi uterini e tutte le diverse alterazioni che possono produrre perdite di sangue, come risulta da parecchie osservazioni esposte, in cui quelle scomparivano mercè il raschiamento.

In quanto alla setticemìa, dalle osservazioni sopra citate non risulta alcun caso, e ciò è dovuto alla scrupolosa medicatura antisettica adottata. Del resto una delle indicazioni più importanti del raschiamento è appunto data da' casi di endometriti settiche, specie puerperali.

Per l'amenorrea e sterilità dalle nostre osservazioni risulta che tutte le donne dopo l'operazione hanno continuato a mestruare. In sette casi sono comparse 4 a 14 giorni dopo il raschiamento, in due all'epoca abituale, negli altri la prima mestruazione post-operatoria ha fatto difetto, mentre che la seconda non è mancata. Parecchie concepirono. Infatti molte indicazioni pel raschiamento sono date da' casi di endometriti catarrali, emorragiche, granulose, ecc., casi, i quali d'ordinario ostacolano il concepimento e, vinti col raschiamento, la generazione segue facilmente.

La statistica riferita dal Boureau (1) avvalora il nostro asserto. Invero è notato: « La statistica del Martin comprende 60 casi di gravi-

---

(1) *Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie,* N. 5, 25 mai 1888, pag. 239-240.

« danze, osservati nello spazio di 5 anni (1879-83) in donne che aveano « subìto il raschiamento; 11 volte il raschiamento era stato praticato per « togliere residui di membrane in seguito ad aborto, 49 volte per lesioni « croniche della mucosa o per causa di sterilità, 17 di queste ammalate « non aveano avuto gravidanza pria del raschiamento. Heinricius nota « 16 casi di gravidanze in 68 donne che aveano subìto il raschiamento, « il Benike riferisce risultati analoghi. »

Non è necessario intaccare col raschiamento *in toto* la mucosa uterina. L'osservazione ha dimostrato che ove il raschiamento venga fatto nel modo ordinario, lasciando anche delle zone di mucosa intatta, questa, privata dal circolo collaterale, cade in disfacimento, per modo che tutta la mucosa si rigenera nello spazio di 4 a 5 settimane.

La rottura uterina la crediamo opera solo possibile nelle mani d'operatori imprudenti, inesperti ed ignoranti.

La morte della donna in seguito a peritonite od altri accidenti è rarissima e devesi attribuire ad un' inesatta medicatura antisettica od a controindicazioni dell'operazione.

C) Vantaggi.

Nessun mezzo, impiegato nella terapia intrauterina, ad esempio le irrigazioni endouterine con i diversi liquidi, le polverizzazioni, i caustici, dà il successo che s'ottiene col raschiamento.

Il raschiamento è un'operazione innocua, purchè s'adempiano rigorosamente i precetti antisettici. Ciò dimostrano all'evidenza le osservazioni precedenti.

Ne' casi di metrite parenchimale in seguito a mancata involuzione dell'utero nel puerperio ed a ripetute e protratte congestioni dell'utero, ne' quali i diversi trattamenti (scarificazioni, cauterizzazioni, ecc.), riescono inefficaci, il raschiamento, come dimostrano le osservazioni precedenti, è di grande successo, giacchè l'utero ritorna allo stato normale.

Riguardo al raschiamento ne' casi d' infezione puerperale, che possiamo osservare in svariati parti, crediamo necessario riportare testualmente quanto ha scritto magistrevolmente il prof. La Torre (1): « In quanto

---

(1) « Il mio primo anno di pratica ostetrico-ginecol. a Roma. » Bergamo, 1891, pag. 253 e seg.

« al raschiamento della cavità uterina ne' casi d'infezione puerperale,
« s'è oggi in Germania in parte contrarî. Durante il Congresso di Berlino,
« agosto 1890, parlando col mio illustre amico dottor Sänger, a proposito
« del trattamento delle infezioni puerperali, mi diceva che nessuno si
« serve più in Germania del raschiamento, attenendosi tutti all'antisepsi
« preventiva ed alle iniezioni antisettiche endo-uterine. Fritsch di Breslau
« difatti, uno degli oratori che trattarono la tesi generale: *Dell'antisepsi*
« *in ostetricia*, sostenne la stessa tesi: non raschiamento, antisepsi ed
« aspettativa. » Il prefato professore nel suo brillante lavoro accetta siffatta condotta fino a che non ci sia febbre altissima che duri da parecchi giorni ed il canale genitale, vagina ed utero, non sia coperto d'uno spesso strato d'essudato semplice o di putrefazione. In questi casi egli è fervido sostenitore del raschiamento, perchè le semplici iniezioni endo-uterine non bastano a distruggere tutt'i germi che trovansi nella profondità delle soluzioni di continuo, ne' seni venosi, ove hanno già cominciato a pullulare ed a sempre più penetrare ne' tessuti per arrivare in organi lontani o nella massa del sangue.

Siamo ben lieti d'avere registrato le considerazioni del prof. La Torre. Analoga condotta s'è tenuta dallo scrivente nella Clinica ostetrica di Messina ed anco nella pratica privata. In parecchi casi, gravissimi, di setticemia a febbre elevata e ripetuta, con arresti di placenta o no, s'è impiegato con felice successo il raschiamento, il quale d'ordinario è stato seguito dallo zaffo endouterino con batuffoli imbevuti di glicerina jodoformizzata. Per ultimo la condotta in parola è avvalorata da quanto tutto di recente scrive l'Oliver (1). Questi non crede la setticemia puerperale un'affezione *sui generis*, cioè una malattia dipendente da una causa specifica e capace solamente d'infettare le partorienti, ma invece può essere dovuta a molti veleni settici. Molto esplicativo fra tanti è il seguente esempio, riportato dall'autore: « Una donna soffriva per febbre
« ed eruzione cutanea difficile a spiegarsi. Quindici giorni prima una
« capra favorita dell'ammalata aveva partorito e tre giorni più tardi fu
« presa da febbri e dispnea, catarro nasale e lochiazione di cattivo odore.
« Non volle più nutrire i suoi piccoli. La padrona prese la capra in casa

(1) « Setticemia puerperale. » Rassegna *Annali d'Ostitricia e ginecologia*, N. 7, luglio 1892, pag. 538.

« e la curò. Dopo una settimana la padrona ammalò, ebbe febbre, mal
« di capo, polso frequente ed un' eruzione sulla cute del tronco e del-
« l'addome. Sembra che l'animale abbia leccato la faccia della padrona
« parecchie volte. Senza stabilire assolutamente che la capra soffriva di
« setticemia puerperale, doveva però avere una malattia che le si avvi-
« cinava. Che la donna poi soffrisse di qualche forma di avvelenamento
« animale comunicatole dalla capra, questo è indubitabile. »

L' Oliver crede solo efficace la cura locale che fa consistere nel pulire accuratamente la cavità uterina, asportando i pezzi di membrane decomposte, i coaguli e tutt' i detriti esistenti nell'utero e lavando con forte soluzione antisettica.

Da tanto appare che quest' autore sia anco partigiano del raschiamento in puerperio ne' casi di grave infezione.

CONCLUSIONI.

1.° Il raschiamento uterino può considerarsi come un' operazione praticata e diffusa in tutte le nazioni.

2.° Per quest'operazione è da preferirsi la curetta tagliente; pochi casi esigono quella smussa.

3.° È utile, anzi necessario, praticare l'operazione, facendo a meno delle grandi placche del Sims o degli specoli voluminosi e molto lunghi.

4.° Il raschiamento è indicato ne' casi di endometrite e delle sue svariate forme, nonchè nella metrite parenchimale, ecc.

5.° L' operazione riceve anche indicazioni nelle gravi infezioni puerperali.

Dott. FRANCESCO LANDUCCI

Di una interessante malformazione dello scheletro

in feto mostruoso

Offertami per cortesia del Sopraintendente all' Ospedale di Arezzo — l'egregio collega ed amico dott. Sforzi — l'opportunità di esaminare un feto nato-morto in quello stabilimento, il 23 agosto 1889, mi fu dato rinvenirvi siffatte anomalie di conformazione, che mi sembrò meritasse una dettagliata nota speciale.

Studiai allora, il meglio che fosse possibile pei scarsi mezzi d'esame dei quali potei disporre, e per le alterazioni già subìte dal cadaverino, le mostruosità che alla osservazione esterna ed alla sezione — che dovei limitare ad uno spaccato antero-posteriore longitudinale, poichè il feto voleva conservarsi — mi occorse scuoprire, e ne tracciai la descrizione presente, la pubblicazione della quale ha, per ragioni indipendenti da me, subìto così lungo ritardo.

Parmi quindi non inutile riprenderla e pubblicarla, onde il caso che mi fu dato osservare, e che sembrami di non dubbia importanza scientifica, non debba restare ignorato: a ciò affidandomi il pensiero che lo stesso valore d'originalità del soggetto, varrà a compensare la deficienza del mio lavoro.

Il feto, che esaminai il 25 agosto, era nato da Conforta C., primipara, di anni 40, contadina nei pressi di Arezzo. La gravidanza aveva decorso normalmente fino a termine o quasi, e nulla di notevole v'era occorso tranne un'urto nel ventre che la donna narrava aver ricevuto dal marito, verso il 4.° mese. Il travaglio era stato lungo e penoso; la presentazione cefalica; il parto spontaneo; il liquido amniotico (come è quasi sempre nelle gravidanze di feti mostruosi) eccessivamente abbondante.

Queste, e le poche notizie che dalla madre, di cortissima intelligenza, potei raccogliere sulla anamnesi remota, e ciò che potei sapere riguardo al parto, che non aveva richiesto — pare — un'attenzione speciale. Il feto nacque morto, ma neppure mi fu dato conoscere con sicurezza se all'ingresso della donna nello stabilimento, esso vivesse ancora, ciò che del resto mi è sembrato in seguito potere stabilire dai segni osservati sul cadavere, di una morte non lontana.

Il feto presentava una lunghezza di 45 cent.; un peso di 2000 grammi; uno sviluppo generale completo. La pelle intatta, di colorito roseo-pallido; appena qualche leggiera striatura verdastra in basso nell'addome, sebbene il cadavere fosse da due giorni esposto sul tavolo di sezione.

La testa, in proporzione del corpo molto voluminosa, si acquattava sul tavolo per la mobilità delle ossa.

A parte questi e pochi altri caratteri relativi al momento in cui fu fatto il primo esame, ogni altra particolarità è tuttora perfettamente visibile nel cadaverino che si conserva nell'ospedale di Arezzo.

Anteriormente l'ovale della faccia va restringendosi in basso in una poco accentuata sporgenza mentoniera; posteriormente la testa stessa si continua col piano delle spalle e del dorso senza vestigio di collo.

È notevole come il piano della faccia (Fig. 1) sia eccessivamente inclinato dall' avanti all'indietro come per una forte estensione della testa; e nonostante, il mento resti quasi aderente allo sterno: non distintone il limite che da una piega cutanea a livello del bordo del mascellare inferiore, seguendo il quale s'incontrano i lobuli degli orecchi ripiegati sopra le spalle, mentre i padiglioni poggiano interamente sul cranio, la cui larghezza aumenta in modo considerevole dietro di essi.

Arti superiori normali; le unghie sorpassanti il livello della sommità delle dita.

Il torace, molto breve, cilindrico, si continua in basso senza limite definito coll'addome fortemente gonfio e disteso. I tegumenti esterni sono ricchi di pannicolo adiposo, e, nella regione toracica, non appariscenti alla vista, si avvertono al tatto le sottili coste molto ravvicinate e, seguendole verso l'indietro, confondentesi l'una coll'altra.

Il ventre dilatato in bisaccia fino al di là dell'arcata pubica, presentava la larga inserzione d' un funicolo ombelicale il cui involucro sfiancato e disteso per una lunghezza di 4-5 cent., conteneva numerose anse intestinali fuoruscite dalla cavità addominale. Al di sopra, un piccolo tratto di funicolo normale, colla legatura praticata alla nascita.

Le coscie, inserite molto in alto, al di sopra della metà del corpo, lasciano fra loro uno spazio considerevole, occupato dall'ernia ombelicale.

Osservando posteriormente il cadaverino (Fig. 2), la testa appare schiacciata e per tal modo continuantesi in uno stesso piano col dorso,

da non distinguersi che per il limite d'impianto dei capelli, bruni e lunghi più d'un centimetro. E questo limite scende talmente in basso, che non disterebbe più di 3 cent. circa da un piano trasversale passante per le spine iliache ant. sup.; il piccolo tratto che all'esterno accennerebbe il dorso, è quindi corto, largo, informe, e si continua in basso colle coscie, distintone soltanto da due infossature che tengono il posto della normale rotondità delle natiche.

Nello stesso piano del dorso e nel terzo inferiore di questo, trovasi l'apertura anale; 3 cent. più in basso la commessura posteriore della vulva, poi le grandi labbra molto voluminose e completamente visibili nella posizione bocconi. Del resto nessun'altra anomalia dei genitali esterni.

Procedendo alla sezione del cadavere, inciso il cuoio capelluto, lo trovava per gran parte distaccato dalle ossa craniche e la cavità formatasi ripiena di sostanza cerebrale spappolata e di liquido sieroso-sanguinolento usciti per la lacerazione d'una delle cartilagini, che riunivano molto lassamente le ossa, le quali erano per tal fatto mobilissime, non esistendo che la sutura metopica ossificata.

Aperta poi largamente la cavità cranica, tagliando la cartilagine della sutura sagittale, ed asportato gran parte dei lobi cerebrali, ridotti a poltiglia, mi cadde sott'occhio, sollevando cautamente il cervelletto, una interessante particolarità: il bulbo si stendeva al di sopra di una superficie completa, senza forame occipitale, ed il midollo spinale continuavasi verso l'indietro, sdraiato pure sul fondo e ridotto a forma di nastro, fino a raggiungere, assai distante, l'ingresso dello speco vertebrale.

All'esame della scatola ossea vuotata, si nota che l'osso frontale è molto alto e diritto, ed il bregma costituisce il punto più elevato della testa: al di là infatti quasi ad angolo, scendono d'alto in basso, dall'avanti all'indietro, i parietali, i quali costituiscono per ben 10 cent. il piano posteriore del feto, e finiscono ad essere in basso quasi aderenti alla colonna vertebrale, da cui soltanto li separa la piccola scaglia dell'occipitale, distinto ancora in una parte squamosa centrale e in due laterali riunite da cartilagine, ed articolato con quella a livello della 11.ª 12.ª vertebra-dorsale.

Osservando poi, dall'interno, il fondo della cavità cranica, è, a colpo d'occhio, facilmente visibile come esso non presenti nè la forma ovoidale fisiologica (1) nè la proporzione normale fra le tre fosse che lo dividono; che andando dal promontorio verso l'indietro, il pavimento trovasi costituito per circa 5 cent. dalla dura madre e da tessuto fibroso

(1) Hyrtl. « Anatomia dell'uomo. » Traduz. it., Napoli 1877, pag. 233.

assai spesso sotto al quale (Fig. 3) aderiscono le vertebre cervicali e dorsali, o meglio: il corpo di esse, l'arco mancando del tutto.

Su questo medesimo tratto del pavimento, è, per tutta la sua lunghezza, appariscente e profondo il solco su cui adagiavasi il midollo spinale (solco che trova appena riscontro nei crani normali, nella piccola depressione della parte basilare dell'occipitale) (1) e si termina all'ingresso del canale rachidiomo, il quale è eccessivamente distante dal promontorio, e limitato posteriormente dall'inserzione dell'occipitale.

Interessante (ed in ispecial modo manifesta nello spaccato che è ritratto dalla Fig. 3) è la disposizione delle vertebre. Le cervicali, delle quali, come abbiam detto, solo il corpo è ossificato, sono fortemente respinte in avanti ed in alto, sì che le ultime si trovano al di sotto della mascella inferiore; a tal punto poi, la colonna si ripiega ad angolo, verso l'indietro, continuandosi nelle V. dorsali. Le quali malformate e come se stipate forzatamente in piccolo spazio, si accavallano l'una sull'altra formando ancora una specie di scalino prima di riprendere la direzione della forte concavità posteriore della colonna, costituita dai soli corpi vertebrali, i quali sono aderenti e quasi immedesimati alla base del cranio.

Le vertebri lombari seguono, assai più sviluppate; il corpo ne è più regolarmente ossificato, normali le apofisi, completo l'arco, grande e rotondeggiante il forame. Sono però disposte in continuazione della stessa curva formata dai primi tratti della colonna; ed ugualmente lo è il sacro, terminato da un piccolo bottone volto decisamente all'indietro, rappresentante il coccige.

Le coste sono, in vicinanza della loro inserzione alle vertebre dorsali, talmente addossate ed accavallate che a malapena possono seguirsi per tutta la loro lunghezza; si discostano e si isolano, allontanandosi dalla colonna vertebrale e disponendosi fortemente a ventaglio. Riassumendo, avuto riguardo alla malformazione principale, la colonna presenta le seguenti anomalie: 1.° anormale ed unica curva a convessità anteriore, mancando totalmente anche il promontorio; 2.° imperfetto sviluppo delle vertebre cervicali e dorsali, mentre le lombari trovansi bene ossificate e di grandezza normale; 3.° accavallamento delle prime vertebre dorsali; 4.° coesione delle prime 19 vertebre rappresentate dal solo corpo, colla base del cranio, rimanendo libere e provviste del loro arco le sole lombari, a costituire un piccolo tratto di speco chiuso. Tanto più breve, in quanto che nelle ultime 2 vertebre lombari e nel sacro, la parete posteriore di esso non è del tutto completa, ma si apre in una piccola spina bifida.

---

(1) HEITZMANN. « Die descriptive und topogr. Anatomie des Meuschen. » Wien, 1886, I, p. 3.

Finalmente è a notarsi la direzione quasi verticale, e corrispondente all' asse del corpo del feto, di tutta la base cranica, alla quale sono venute ad adattarsi, da un lato la colonna vertebrale, dall' altro l' intera cavità. Per tal fatto la sella turgica corrisponde, all' incirca, al livello del bordo inferiore del mascellare superiore, ed il limite più basso della cavità cranica, alla prima vertebra lombare; quasichè il cranio avesse dovuto, in qualche momento del suo sviluppo, girare a forza in dietro ed in basso, su di una linea trasversale situata nella metà anteriore della base, fino a toccare la colonna e forzarla a curvarsi in avanti.

Nei visceri poco di notevole. Cuore e polmoni (i quali il saggio idrostatico dimostrò non avere respirato) normali, e così il fegato, lo stomaco, i genitali interni, la vescica e gli intestini, che trovai pieni di meconio. Solo dei reni, l' uno era eccessivamente piccolo, atrofico, mentre l' altro presentava una grandezza doppia, per lo meno, che il normale.

L' apertura rettale trovasi, come abbiamo già notato, molto alta, quasi sul dorso; ed il retto vi si dirige dopo aver posato nel fondo del cavo addominale, e risalito poi indietro fin sotto al coccige, che ne segue la direzione verso l'esterno. Ciò devesi alla anormale posizione del bacino, il quale, per essere le ossa innominate inserite ad un sacro a concavità posteriore, e terminante una colonna pure posteriormente incavata, presenta una enorme inclinazione, sì che l' articolazione coxo-femorale trovasi inalzata, l' apertura inferiore del bacino, in un piano quasi verticale, e, in conseguenza, è il perineo portato in dietro ed in alto.

Delle molteplici anomalie suddescritte, ciascuna delle quali renderebbe, di per sè sola, il feto da me studiato, degno di nota, sarebbe inutile parlar qui singolarmente. Non rare infatti sono le osservazioni d' *ernia ombelicale,* sia accidentale, sia dovuta ad un arresto di sviluppo pel quale parte degli intestini rimangano nella guaina amniotica del cordone (Meckel); ed in tutti i trattati di teratologia, primo tuttora quello di Isidoro Geoffroy Saint-Hilaire (1), se ne citano e si commentano numerosissimi esempi, distinguendo coi nomi di *Exomphale, Exumbilicatio, Omphalocele, Exomphalocele,* ecc., l'anomalia; e gli individui con quelli di *Exomfali* e di *Celosomieni.*

Nè è merito dell'opera arrestarsi sullo spostamento delle aperture anale e vulvare, per la doppia ragione che dal Geoffroy Saint-Hilaire,

---

(1) I. Geoffroy Saint-Hilaire. « Histoire générale et particul. des anom. de l'organisation chez l'homme et les animaux. » Paris, 1832, T. I, p. 373.

dallo Champion (1) e da altri, sono stati osservati e descritti, e che nel caso attuale sono conseguenza della principale anomalia dello scheletro.

È su questo, che sembrami invece doversi in special modo fermare l'attenzione, poichè il complesso delle anomalie del cranio, presentante sebbene deformata, una sola e completa cavità, e la cui base è, secondo abbiamo descritto, aderente e in certo modo completata dalla colonna, a sua volta irregolare per lo sviluppo e per la disposizione delle vertebre, non trova riscontro, a quanto mi sappia, in nessun'altro esemplare.

Per quanto, difatti, mi sia dato cura di consultare le migliori e più complete opere di Teratologia, ed abbia cercato di rintracciare colla maggior cura quel gran numero di osservazioni congeneri che, pubblicate da un'infinità di giornali scientifici rimangono sparse (o come, fino ad oggi, potrebbesi dire meglio: *disperse*), nella letteratura medica, solo pochi casi ho potuto trovare per varî punti simili al mio, sebbene per alcune particolarità se ne discostino ancora.

Tale è il caso presentato alla Facoltà di Medicina di Parigi da Cabochè-Roger, e descritto dal Cruveillher nella sua « Anatomia patologica » (2). Qui si aveva pure la mancanza del collo e la testa rovesciata indietro, ma questa era oltre a ciò deformata da due globi laterali nei quali la cavità cranica si espandeva; e quel che è più poi, le vertebre cervicali e le prime 4 dorsali non solo erano disposte sotto la base del cranio, ma del tutto ossificate con essa, e ne facevano parte integrale, formandone, *divise longitudinalmente per metà,* l'orlo del forame occipitale.

Filippo Uccelli (3) parla pure d'un feto nel quale « la testa era unita ai tegumenti del dorso, » ma tale somiglianza col caso mio, è soltanto esteriore; ed un simile esempio di *coalitio partium* si conserva a Parigi nel Museo Dupuytren, distinto col N. 90.°, ed è descritto nell'opera del Taruffi (4). Ma — secondo ebbi occasione di osservare in quel Museo — anche questo feto, si distingue dal caso attuale per una spina

---

(1) « Diction. des sc. méd. » T. LVI, Art. « Vagin, » p. 460.

(2) I. Cruveillher. « Anat. patol. del corpo umano » Trad. Bauchelli. Firenze, 1838, Vol. II, « Mostruosità, » pag. 475 e Tav. V e VI.

(3) Filippo Uccelli. « Istoria anatomica di due gemelli mostruosi » Estr. dal T. XI del *Bollettino della Soc. ital. delle Scienze.* Modena, 1803. Nota a pag. 11.

(4) Taruffi C. « Storia della Teratologia » Bologna, 1881. T. I, pag. 294.

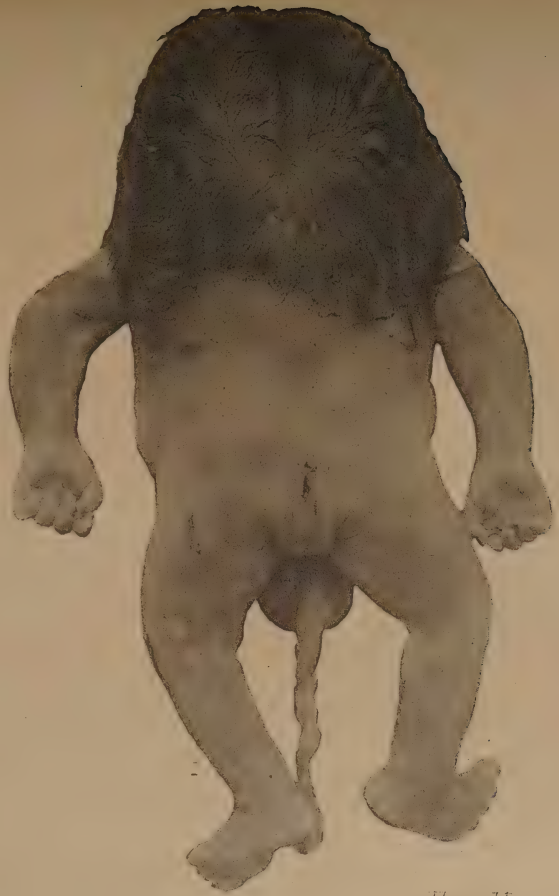


Fig. II

Fig. I

LANDUCCI. — Di una interessante malformazione dello scheletro in feto mostruoso.

Stabilimento fotolitografico M. Bassani — Milano.

LANDUCCI. — Di una interessante maltormazione dello scheletro in feto mostruoso.

Stabilimento fotolitografico M. Bassani — Milano.

-6 MAR 15

bifida completa e per l'exencefalia, che è la caratteristica quasi costante in questo genere di mostri.

Simili sono pure nelle forme esterne, i casi di Iniencefali, descritti da Hull, da Burkart, da Budin (1), e specialmente quello del Dugès pubblicato nelle *Effemeridi mediche di Montpellier* « Mémoire sur les altérations intrautérines de l'encéphales et de ses enveloppes » e riportato nell'opera del Geoffroy Saint-Hilaire (2). « Ce fœtus, egli scrive, « né à la fin du huitième mois de gestation, et qui ne donna que quelques « signes de vie, semblait avoir la tête confondue avec le thorax, et « renversée de telle sorte que l'occiput paraissait perdu entre les épaules. « La partie antérieure du col était de niveau avec le menton et le « sternum. » Ma anche qui v'era una spina bifida completa, e parte della massa cerebrale faceva ernia dalla cavità cranica in un tumore che si trovava a metà circa del dorso.

Ciascuno dunque di questi feti mostruosi che, per alcune somiglianze di forma, avevano, nelle ricerche intraprese ad illustrare il caso presente, in ispecial modo fermata la mia attenzione, ne differiscono però riguardo alla deformità principale dello scheletro, quale non è, crediamo, stata osservata finora.

È difatti eccessivamente curiosa la disposizione delle vertebre cervicali e dorsali stipate al di sotto della base del cranio e sovrapposte alla regione normalmente occupata dal forame occipitale, in modo che l'orificio dello speco vertebrale è portato molto all'indietro e la base cranica stessa molto allungata, sì che la cavità — del resto perfettamente completa — assume la caratteristica forma descritta in principio. Il tessuto fibroso poi che nello spaccato si osserva costituire la riunione dei corpi vertebrali ossificati (quali, è noto, si trovano al 4-5° mese (3), colle ossa della base, fa, di più, sorgere l'idea che la deformazione sia avvenuta soltanto a quest'epoca; chè se prima, condizioni teratologiche avessero sviluppato la loro influenza, i corpi vertebrali non si sarebbero probabilmente in modo così distinto ossificati, o si sarebbero fusi addirittura colla base del cranio, come è descritto nel caso del Cruveillher, e com'è in parte nel feto conservato nel Museo Dupuytren.

---

(1) Budin. « Obstétr. et Gynécologie. » Paris, 1886, pag. 237.

(2) Op. cit., T. II, pag. 309.

(3) Beaunis et Bouchard. « Anat. descritt. e embriologia. » Milano, Vol. II, p. 1067.

Quali pertanto sieno state le condizioni deformatrici, quale anomalia dell'uovo, o quale causa esterna possa imputarsi di tali malformazioni, difficile sarebbe il rintracciare, non solo, ma l'immaginare con qualche fondamento di verità, ogni teoria proposta sui prodotti teratologici soffrendo troppo dell'*ipotesi* e d'ipotesi troppo speciali.

Già Ippocrate (1) credette che gran parte delle mostruosità fossero prodotte da una — anormale strettezza della matrice — nella quale il feto crescesse a disagio, come una pianta racchiusa in troppo angusto spazio di terra.

Così il Vallisneri (2) scriveva, nella sua « Istoria della generazione » che « se qualche corpo umano ha le parti mancanti, non occorre incolpare « la materia seminale che, per quanto poca, dovrebbe esser sempre « bastante a formare un feto che sulle prime è quasi invisibile, e, di « molti giorni è come minuta formica.... ma tutto dipende dal non essere « sviluppato qualche membro o parte per *cagione comprimente a lui* « *esterna....* o impediente l'allargamento di quei vasi e fibre che lo « compongono. »

E Levino Lemnio (3): « Come nell'arte del getto ogni volta che la « materia è impura e la forma è male accomodata, la cosa gettata ha « qualche mancamento, così se la forma ove si genera l'uomo è mal « disposta o la materia è mal condizionata, la natura non potrà mai « conformare un uomo ben conformato. »

E così pure Ambrogio Pareo « l'angusta matrice può produrre non « solo storpi, ma mostri » (4), e Weinrichio e Liceto, l'Aldovrandi, l'anatomico Winslow, Hohl, Zucherkandl e molti altri, fino al Porro (5) al Dareste (6), ecc. Questi, come già pensavano il Jensen e Stefano Geoffroy S. Hilaire, ritiene che causa principale di mostruosita, sia l'azione comprimente esercitata in qualche parte, o generalmente dall'amnios, per

---

(1) Hippocratis. « De Genitura. » Trad. Littré. Paris, 1851, T. VIII, p. 485.

(2) Vallisneri. « Istoria della generazione. » Venezia, 1821, p. 250.

(3) I. Geoffroy Saint-Hilaire. Op. cit., T. I, p. 250.

(4) Ambrogio Pareo. « De monstris et prodigis. » Oeuvres revues par Malgaigne. Paris, 1841, T. III, pag. 25.

(5) E. Porro. « Sopra un caso di straordinario atteggiamento d'un feto mal conformato. » *Gazzetta med. lombarda,* Milano, 1873, Serie VI, T. VI, p. 393.

(6) Dareste. « Sur la production artificielle des monstruosités. » Paris, 1877, p. 85.

difetto di liquido: e che all' arresto totale del suo sviluppo debbano riferirsi e le deviazioni delle membra, e le torsioni della colonna vertebrale, e le saldature anormali.

Al Taruffi (1) sembra invece poco ammissibile questa eccessiva resistenza dell'amnios; (d'altra parte poi, potrebbe osservarsi che, il più di sovente, si osserva nei parti teratologici, una sovrabbondanza del liquido amniotico!) ed è d'avviso debba darsi invece maggiore importanza alle briglie formantesi nella parete o dentro l'amnios stesso, osservate da lui, da Warynski, da Fol, e da molti recentemente.

Indipendentemente dalle condizioni dell'ambiente, nel quale il feto si svolge, e che potrebbero influenzarne lo sviluppo, un' infinità d'altre più speciose si sono immaginate, spesso senz'altro fondamento che la fantasia. Basterebbe citare a titolo di curiosità, le molteplici cause or l'una, or l'altra, invocate dalle epoche più remote, quali: la collera degli Dei, o gli spiriti maligni, la scarzezza o la sovrabbondanza dello sperma, il turbamento o l'imperfezione dell'atto fecondatore (Democrito, Aristotile), o la debolezza dei genitori; e l'ipotesi dei germi originariamente anormali, che emessa da Pietro Silvano Regis (1690) e propugnata da Lemer, da Winslow, da Meckel e, in principio, da Haller, fu poi così validamente combattuta dal Lemery e dagli esperimenti di Stefano (2) ed Isidoro Geoffroy Saint-Hilaire e di Giacobi; e finalmente quella dell'influenza dell'immaginazione, non ammissibile che per quel tanto che valgono le impressioni morali a disturbare l'attività nervosa e circolatoria d'un organo, e quindi anche dell'utero (3).

Una grande importanza deve concedersi invece a quelle cause che si riportano ad azioni meccaniche agenti sulla madre ad un certo momento dello sviluppo fetale, e che già fin da Ippocrate (4) erano ritenute non rare e forse le meglio attendibili. Così Panum (5) riteneva che esse « possano portare l' atrofia o la divisione o il coalito anormale, »

---

(1) Taruffi. Op. cit., T. I, p. 294.

(2) « Et. Geoffroy Saint-Hilaire. « Mémoires du Muséum. » T. III, p. 289.

(3) Lo Zacchia ebbe a dire con molto spirito, che « se i desideri non sodisfatti delle gravide potessero « imprimersi sulla cute con macchie, nêi, ecc., noi saremmo macchiati come la stessa pantera! » *Enciel. med. ital.* Sirena, Art. « Mostruosità, » p. 819.

(4) Hippocratis. « De Genitura. » T. VIII, p. 485.

(5) In: Taruffi, op. cit., T. I, p. 22 e T. V, p. 41.

ed arrivava perfino a stabilire che « le anomalie sono tanto più circo-
« scritte quanto più gli embrioni sono avanzati in età; e dopo il 10.°-15.°
« giorno difficilmente possono avverarsi all'infuori che nella faccia, nella
« spina dorsale e nelle estremità! » Tale influenza delle azioni meccaniche fu pure sostenuta da Ambrogio Pareo, da Haller, da Sandifort (1), dal Cecconi (1810) e Chaussier, Monteggia, Ciniselli, ecc. e citano esempi specialmente importanti di malformazioni parziali avvenute ad epoca avanzata dello sviluppo, Lodovico Lemery (2) e Giuseppe Barbieri (3) e il Ritter di Praga, e Et. Geoffroy Saint-Hilaire (4), Vrolich, Förster, Taruffi ed altri. Giacinto Fabbri (1787) credette alla azione deformante di contrazioni spasmodiche dell'utero « per violenti affetti dell'animo o per convulsioni isteriche » (?). Mauriceau, Rueff, Bartolini, Morgagni (5), Barzellotti (1827), Montgomery (1832), Hillairet, ecc., dettero invece la più grande importanza agli avvolgimenti del cordone.

In generale, tutte le ipotesi immaginate non danno una luce sicura nè sufficiente sulla genesi delle mostruosità, le quali è verosimile non sieno dovute ad una causa così semplice e ben determinata, ma ad un complesso di condizioni fisiche, che sarebbe arduo, come il Dareste ha dimostrato colle sue interessanti esperienze, il volere stabilire con certezza assoluta: sicuramente, oltre alle cause inerenti allo stesso embrione, a quegli arresti di sviluppo che, a distinguerli, potrebbero dirsi *spontanei* e il meccanismo dei quali forse le sottili investigazioni sulla vita cellulare giungeranno un tempo a scoprire, sembra per lo meno innegabile l'influenza di anormali condizioni dell'amnios, in ispecie, secondo l'opinione del Müller (6), delle briglie che ne intersecano talvolta la cavità, come delle cause accidentali esterne; ma oltremodo difficile sarebbe nei casi speciali il ricostruire il meccanismo della malformazione che ne ha seguìto, ond'è che quasi sempre siamo costretti a rimanere nel campo

---

(1) SANDIFORT. « *Opuscula anatomica.* Anatome infantis cerebro destituti. » Lugd. Batav, 1781.

(2) « .... le mostruosità possono esser prodotte da cause accidentali e più specialmente da cause « meccaniche, le quali possono modificare organismi ben conformati e già in avanzato sviluppo. »

(3) BARBIERI. « Dei feti mostruosi. » Verona, 1827, p. 30.

(4) E. GEOFFROY SAINT-HILAIRE. « Sur un fœtus né à terme, blessé dans le troisième mois, et devénu monstrueux. » Mém. de la Soc. méd. d'émulation. T. 9.

(5) MORGAGNI. « De sedibus, etc. » Bassano, 1761, Ep. 48.

(6) P. MUELLER. *Handb. d. Geburt.*, II, § 138, c. 21, p. 642.

delle ipotesi anche imperfette, purchè si concordino logicamente colle nostre cognizioni di embriologia fisio e patologica.

Così è pel feto da me descritto; chè senza peccare d'imprudenza, non si potrebbe affermare la genesi della deformazione scheletrica; sembrami però, considerando che parti ossee (corpi vertebrali e base del cranio), aventi già un avanzato sviluppo, trovansi riunite da tessuto più recente cartilagineo, che il midollo spinale normalmente sviluppatosi, non si adatta alla brevità del canale vertebrale, ma ha subìto un ripiegamento entro la cavità cranica, e che questa è completa (1), si possa soltanto indurre che la causa perturbatrice dello svolgimento fetale, sia sopraggiunta ad un epoca assai avanzata, quando, non formati ancora gli archi vertebrali, lo erano però per distinta ossificazione le parti venute a contatto anormale: e tutte le anomalie secondarie descritte potrebbero a mio avviso coordinarsi a questa tardiva deformazione. Per quale condizione poi tal contatto sia avvenuto, e se sia stata, come potrebbe essere, momentanea, ovvero la causa abbia continuato ad agire, nulla autorizza a decidere, e sarebbe sforzo di pura fantasia l'immaginare.

La difficoltà di stabilire il processo deformativo, l'impossibilità cioè d'una esatta classificazione etiologica, per cui l'opera dei teratologi dovette essere sempre incompleta e non potè coordinarsi ad un sicuro e stabile concetto, ci dà sufficiente ragione del gran numero delle classificazioni proposte e dei difetti dei quali ciascuna risente, ispirate da idee ordinative troppo ristrette e speciose di fronte alla illimitata varietà dei soggetti. Epperò il Taruffi proponeva di semplificare la classificazione distinguendo in 3 grandi gruppi le deformità che deturpano, o l'intero organismo (teratapantosomi), o alcune parti (politeratosomi), o una sola (teratamonosomi), partendosi, ad evitare la confusione che nelle e dalle altre moltissime classificazioni si è fatta, dal concetto di sede.

Riguardo al feto da me studiato, come nessun altro caso ho trovato descritto d'una simile anomalia dello scheletro, così nessuna classificazione ha suddivisioni che appunto per la principale mostruosità, che lo caratterizza, possano comprenderlo.

---

(1) Mentre non lo è quasi mai quando si ha un vero arresto di sviluppo, il quale si manifesta pure colla bifidità della colonna vertebrale e colla exencefalia.

Potrebbe naturalmente classificarsi nel gruppo 5.° dei « Mostri informi » di Fortunio Liceto (1) od in quello di « Mostri per posizione contro natura di alcuni parti » o meglio di quello di « Mostri per riunione di parti ordinariamente libere » i quali trovansi nelle classificazioni di Huber (2), di Charvet (3), di Vogel; ma tali gruppi sono troppo generali, nè trovansi di essi sotto-divisioni che possano adattarsi per le caratteristiche principali, al caso presente.

Lo stesso dicasi delle classificazioni di Malacarne, di Voiglel, di Bonnet, di Blumenbach, di Buffon (4), Brechet (5), Treviranus, Meckel, Murat (6), Förster, Sangalli (7), Giannone e Sirena (8) e di quella di I. Geoffroy Saint-Hilaire, alla quale, pur sempre la più completa, conviene ancora uniformarsi.

Riferendosi a questa, il feto da me studiato dovrebbe classarsi fra i « Mostri unitari » (classe I), « Autositi » (Ordine I), e per l'apparenza esterna, nella Tribù I (9), che comprende le « Mostruosità per prevalente deformazione delle parti posteriori della testa; » ma nè le malformazioni da me descritte sono, in realtà, così esattamente localizzate, nè, quel che è più, l'esemplare attuale potrebbe esser compreso nelle tre famiglie degli exencefali, pseudoencefali ed anencefali, nelle quali questa tribù si divide, mentre mi sembra potrebbe esser ben caratterizzato col nome di *rachicefalo.*

Berlino, agosto 1892.

---

(1) Fortunio Liceto. « Trattato dei mostri. » L. I, C. XIII.

(2) Huber. « Observationes atque cogitationes nonnullae de monstris, » § 8, p. 9.

(3) Charvet. « Recherches pour servir à l'histoire générale de la mostruosité. » Paris, 1887, p. 6.

(4) Buffon. « Histoire naturelle. » Suppl. IV, p. 578.

(5) Brechet. Art. « Mostruosité. » « Dict. de méd. et de chir. »

(6) Murat. Art. « Mostruosité. » « Dict. des sc. méd. » Paris, 1819, T. 34.

(7) Sangalli. « La scienza e la pratica dell'anat. patol. » 1876, L. I, f. 3.°, p. 60.

(8) Art. « Mostruosità. » *Encicl. med. ital.* Vallardi.

(9) I. Geoffroy Saint-Hilaire. Op. cit., V. II, p. 179.

RASSEGNA

Dott. F. Villa. — **L'analisi qualitativa nell' albuminuria puerperale.** — *Atti dell'Assoc. Medica Lombarda,* N. 4, 1892.

Nel campo della patologia venne ancora recentemente sollevata la questione già da lungo studiata, dell' importanza dell'analisi qualitativa nella albuminuria dai punti di vista diagnostico e pronostico, e siffatto concetto fu esteso anche all' ostetricia, onde l'opinione che la globulina indichi un' alterata funzione piuttosto che una lesione anatomica renale, e che nell'eclampsia la preponderanza di sierina sia di pronostico sfavorevole in confronto di quella di globulina.

L'A. studiò 17 casi d'albuminuria in gravidanza e puerperio:

4 casi d' eclampsia albuminurica
4 » d' albuminuria iniziata in gravidanza
8 » » » in travaglio
1 » » da cardiopatia,

e concluse:

1.° col confermare l' influenza favorevole dell' elevazione della pressione sanguigna sulla trasudazione della sierina;

2.° coll' indicare che conseguentemente a ciò l'albuminuria passeggiera del travaglio è costituita prevalentemente da sierinuria;

3.° coll'infirmare il concetto che i risultati altrui (Kermann) darebbero sulla benignità dell'eclampsia con globulina in confronto dell'eclampsia con sierina, e col negare ogni valore diagnostico e pronostico all' analisi qualitativa dell' albuminuria puerperale.

Decio.

Guéniot. — **Du méphitisme de l'air comme cause de septicémie puerpérale.** — Académie de Médecine, Séances de Mai 1892.

Sono 4 osservazioni di setticemia puerperale la cui eziologia non può essere cercata all'infuori di un contagio in grazie di materie in decomposizione nell'aria

ambiente. Le conclusioni sono: I. Viziando l'aria degli appartamenti con emanazioni mefitiche di qualsivoglia natura, si crea una causa di febbri e di accidenti puerperali. II. La intossicazione mefitica durante la gravidanza avviene sopratutto pel tramite delle vie respiratorie, dopo il parto invece per quello delle superfici sanguinanti in contatto dei liquidi e dei solidi contaminati. III. La succedanea setticemia non è di natura suppurativa, il focolaio principale è nella cavità uterina. IV. La profilassi deve consistere nel mantenere pura l'aria degli appartamenti ed in ispecial modo quella delle latrine e dei gabinetti di *toilette*, degli acquai. V. Ma se si fosse in presenza di tali setticemie, i mezzi principali del trattamento dovrebbero consistere:

a) nella soppressione immediata ed assoluta delle fonti mefitiche;

b) nella disinfezione possibilmente completa di tutto l'appartamento;

c) nel chinino, negli alcoolici ad alta dose, negli antisettici e specialmente sull'acido fenico anche come lavacro endouterino.

Discussione. — *Guérin* rigetta l'idea che i germi penetrino dai polmoni o dalla epidermide.

Charpentier si associa alle opinioni di Guérin.

Hervieux accetta in parte le idee di Guéniot, cioè che in rari casi possa darsi infezione all'infuori delle vie genitali.

Guérin domanda perchè gli agenti tossici della setticemia sarebbero così facilmente assorbiti dalla pelle e dalle cellule polmonari nelle sale dei parti, quando *mai* una simile osservazione fu fatta nelle comuni sale di chirurgia ove l'infezione purulenta fa talora molte vittime.

Guéniot ed Hervieux, dichiarano che è la via vaginale quella per cui si produce l'infezione, ma che per fatti osservati devono ammettere come porta di entrata eccezionale anche la via respiratoria.

Decio.

E. Falaschi. — **Sul completamento artificiale della evoluzione pelvica nelle presentazioni di spalla.** Osservazioni cliniche ed esperimenti. — Siena, tipografia Nava, 1892.

L'A. incomincia col dare uno sguardo alla frequenza delle presentazioni di spalla in confronto di altre viziate giaciture fetali. Fra le presentazioni del tronco all'ingresso pelvico ricorda altresì quelle del piano posteriore, o presentazioni dorsali, non che quelle del piano anteriore, già descritte benchè assai di rado dagli autori antichi e moderni, presentazioni radiate dal novero delle presentazioni viziose nei trattati di ostetricia. Anche nelle presentazioni trasverse il parto spontaneo è possibile ed in due modi, cioè o colla versione spontanea cefalica o

podalica, o colla evoluzione spontanea. Quest'ultima si effettua quasi sempre coll'avanzarsi dell'estremo podalico; non si può negare però in modo assoluto la possibilità della evoluzione cefalica, per quanto accada in condizioni eccezionali. Per evoluzione di solito si intende parlare di evoluzione spontanea pelvica. Descrive minutamente i tempi della evoluzione spontanea, indi espone i pareri degli ostetrici sull' argomento, facendo notare come in Italia, specialmente per opera del prof. Chiara si tenda a considerare questo avvenimento raro, ma molto meno di quello che comunemente si pensa, contrariamente a quanto opina la scuola francese. Addotta il rivolgimento nella presentazione di spalla allo stretto superiore, in donna in soprapparto oltre la metà del settimo mese, ma lo ritiene « controindicato in modo assoluto dal soverchio impegno della spalla presentata, e dalla « violenta retrazione dell' utero sul corpo del feto, ed in allora *si può e si deve* « *fare assegnamento sulla evoluzione spontanea*, e quando questa si faccia troppo « a lungo aspettare deve l' ostetrico venire in aiuto alla natura che di per sè « sola mostrasi impotente ad effettuarla. »

Passa ad esporre la tecnica del completamento artificiale della evoluzione pelvica, e ricorda che le trazioni esercitate sull'arto procidente sono efficaci purchè ben dirette, per quanto esse sieno state combattute dal Cazeaux. Ricorda altresì le trazioni praticate sopra ambedue gli arti, ma la reputa manovra eccezionale.

La vera evoluzione artificiale manuale è quella che si pratica dall' ostetrico, agendo direttamente sul tronco del feto in prossimità dell'ovoide pelvico con una o con ambedue le mani. Riporta testualmente le manovre descritte dal Monteggia e dal Billi, non che il parere di Lazzati, indi espone 7 casi in cui ebbe appunto ad esperimentare la manualità dei prefati autori.

Ma non sempre l' evoluzione artificiale manuale è possibile, e cita i pareri di Sillani, di Lazzati e di Tibone, il quale perduta ogni speranza nelle trazioni manuali, consiglia di dar mano agli strumenti, cioè alle svariate foggie di uncini. Ricorda il caso di Crapols, il quale per completare la evoluzione si è servito del forcipe, ma l' A. da proprie esperienze (sul cadavere) non crede possa contarsi su tale forza traente applicata sul tronco, e ritiene presso che impraticabile la manovra di Peu per ottenere il feto *conduplicato corpore*. Venendo poscia a parlare dell' uncino ottuso, ricorda il Guerra, il Billi, il Sillani, il Lazzati, il Balocchi, il Golinelli, il Mangiagalli, il Negri. I due ultimi preferiscono l' uncino acuto. L' A. espone poscia i casi in cui preferisce l' uncino ottuso oppure l' acuto, descrive lo strumento, addita la tecnica operatoria. Segue poscia l'esposizione di alcune esperienze e di fatti clinici che dimostrano i vantaggi dell' uncino acuto per favorire l'evoluzione nei casi di assoluta controindicazione al rivolgimento. Ma siccome l' uncino acuto non è uno strumento del tutto innocuo, specialmente in mani poco esperte, crede doversi dare la preferenza

all'ottuso che può riuscire ugualmente efficace e più facilmente innocuo. Ciò sempre se è possibile di collocarlo a cavaliere del piano laterale del feto rivolto in alto.

Seguono dettagliate conclusioni che riassumono l'intiero lavoro.

DECIO.

E. FALASCHI. — **Taglio cesareo alla maniera del Sänger.** — Dal *Raccoglitore Medico* di Forlì, aprile 1892.

E l'illustrazione clinica di un caso in cui l'A. potè facilmente operare per ben due volte una stessa donna di taglio cesareo conservatore. I punti principali che emergono dalla lettura della comunicazione tenuta in grembo al Congresso di Siena, sono le seguenti:

I. Che la donna operata di taglio cesareo alla Säenger rimase di nuovo gravida benchè il Falaschi avesse praticata la allacciatura di entrambe le tube;

II. L'utero colla sua faccia anteriore non offriva altra traccia della dieresi e consecutiva sintesi della prima operazione, tranne un aspetto madreperlaceo lucente in una zona elittica di 8 cent. per 3;

III. Si eseguì la sutura dell'utero con seta (Lembert) e la paziente guarì rimanendo ancora (senza dubbio) assai raro il fatto che lo stesso operatore abbia potuto ripetere felicemente, ed a così breve distanza, l'operazione cesarea sulla medesima donna.

Onde evitare ulteriori gravidanze, l'A. questa volta praticò la doppia allacciatura di ciascuna tuba, recidendo poi l'ovidutto fra i due lacci.

DECIO.

G. COSENTINO. — **Contributo ai metodi di riduzione dell'utero nella inversione cronica.** — *Sicilia Medica,* anno III, fasc. 9.°

Parla dapprima delle varie distinzioni, o gradi della inversione, ed annovera fra le puerperali quelle acute e quelle che insorgono dopo qualche tempo. Espone un caso di quest'ultima varietà. La donna partorì a termine. Secondamento spontaneo, lasciò il letto 7 giorni dopo il parto; all'8.° nel sollevare un peso accadde la inversione con emorragia notevole. I tentativi di taxis furono inutili. Entrò nel comparto dell'autore dopo 16 giorni dall'accidente, in condizioni gravissime per le perdite subìte. Riavutosi fu tentato il taxis, ma durante questo avvenne perforazione del viscere che obbligò alla sutura dello stesso. Dopo 25 giorni si ritenta il taxis, ma ancora indarno. Ricorse quindi secondo il Thomas alla laparotomia, dilatò forzatamente l'anello cervicale e siccome per via vaginale il taxis

(a ventre aperto) non mostravasi sufficiente a far superare la strettura dell'orificio interno, l'A. ricorse ad uncinare l'utero mediante pinze del Martin, colla quale manovra di subito il viscere fu ridotto. La malata guarì.

Conclude che sembragli giustificato dal risultato ottenuto il metodo di cura, caduto in oblìo, al quale l'A. portò modificazioni.

DECIO.

O. MORISANI. — **De la synphyséotomie.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, avril 1892. Clinique Obstétr. de l'Univ. de Naples.

È una conferenza tenuta il 15 febbraio p. p. in presenza del prof. Charpentier di Parigi, in cui l'oratore espone:

I. *Il meccanismo dell'aumento di capacità del bacino, che può essere ottenuto mediante la sezione della sinfisi pubica.* A tale riguardo ricorda il suo lavoro edito nel 1863 cui ben poco deve aggiungere. Il divaricamento del pube ha luogo in grazia della elasticità delle articolazioni sacro-iliache, messa in gioco dalle azioni delle masse muscolari che circondano il bacino e dalla pressione esercitata sulle coscie. Per ogni centimetro di divaricazione corrispondono 2 millimetri e mezzo di aumento del diametro ant. post., cosicchè con 6 cent. di allontanamento si possono guadagnare 15 mill. circa; a questi poi se ne possono aggiungere altri 6 od 8 dovuti alla diminuzione relativa del biparietale, volta che una delle bozze si impegni nel vuoto formato dalla sezione pubica.

II. *I limiti di indicazione dell'atto operativo.* Il minimo è di 70 di C. V., il massimo di 88. Quivi è possibile il forcipe, ma in tal caso è strumento feticida, agisce da cefalotribo.

III. *Le cause che resero un tempo la sinfisiotomia gravissima per la madre e pei feti.* Crede impossibile lo stabilire dei confronti fra la sinfisiotomia ed altre operazioni ostetriche. Resta fedele alla operazione cesarea là ove la C. V. è inferiore a 67; in quanto alla craniotomia, benchè resa migliore da perfezionati strumenti e dalle norme antisettiche, la trova inferiore alla sinfisiotomia perchè sacrifica la vita del feto.

Espone il tecnicismo operatorio. DECIO.

PINARD. — **De la synphyséotomie.** — *Ann. de Gyn. et Obst.*, février 1892, pag. 81.

Incomincia il lavoro con uno sguardo statistico alla mortalità offerta dalla craniotomia e dalla operazione cesarea, e conclude che se coll'una si salva la madre

col sacrificio del feto, coll'altra si salva il feto compromettendo però la vita della madre. Vede nella sinfisiotomia una possibibità di scongiurare i cennati inconvenienti, fondendo grandi speranze sulla risurrezione di tale intervento da lungo tempo lasciato nell'oblio. Fa rapidamente la storia della sinfisiotomia ricordando Sigault e le lotte vive che arsero a lungo fra i *sinfisisti* e *cesarei*, tra i quali Baudelocque. Accenna altresì alle opinioni contrarie dei contemporanei, e ricorda il merito della scuola napoletana presso la quale la sinfisiotomia prese radici, e dove i risultati corrisposero appieno. Coll'acquisto dell'antisepsi molte operazioni una volta gravissime ed altresì mortali furono rese possibili; la sinfisiotomia è fra queste, per cui il dibattito odierno risiede nelle seguenti questioni:

I. Si può colla sinfisiotomia, e senza gravi lesioni ottenere un notevole ingrandimento del bacino? Quale può essere tale ingrandimento?

II. La sinfisiotomia è alla portata di tutti? Come si deve praticarla?

III. Quali ne sono i postumi in rapporto al consolidamento del bacino, alla stazione eretta, al cammino, alla eventualità di ulteriori gravidanze?

Risponde affermativamente alla prima questione e porta altresì i risultati di alcune esperienze, 3 figure schematiche rischiarono grandemente la dimostrazione.

Riguardo alla seconda questione crede che l'operazione non sia difficile nella più parte dei casi, e desidererebbe una semplificazione nell'armamentario ridotto così ad un semplice bistorì a lama corta solida. Secondo l'A. la sinfisi dovrebbe essere incisa dall'alto al basso e dall'avanti all'indietro con parecchi colpi di bistorì.

Sulla terza questione, cioè del consolidamento del bacino dopo l'operazione dice che esso avviene in un lasso di tempo assai breve.

Si augura che nuovi contributi possano far risorgere la sinfisiotomia al grado che le spetta.

Decio.

L. H. Farabeuf. — **Dell'ingrandimento momentaneo del bacino ovalare per mezzo dell'ischio-pubiotomia. Considerazioni sulla potenza nociva del forcipe, ecc.** — *Annales de Ginécol.*, dicembre 1892.

L'A. fa notare che l'ingrandimento del diametro coniugato, l'insufficiente, non è uniformemente proporzionale alla divaricazione della sinfisi sezionata, ma bensì invece *accelerato*, cioè a dire tale, che minimo per i primi centimetri, cresce poi di più in più per maggior allontanamento dei pubi. Rimarca quindi che la fusione ossea-sacro-iliaca di Naegele sopprime una delle cerniere pelviche, e però che se in un tale caso si praticasse la sezione dell'arco anteriore del lato ristretto, si

avrebbero due cerniere flessibili e si sarebbe dilatato e reso praticabile non solo il lato ampio, ma anche una gran parte di quello ristretto.

Parla l'A. dei varii mezzi che l'ostetrico impiega nel trattamento del parto nelle stenosi pelviche, si arresta sulla applicazione del forcipe allo stretto superiore fatta secondo il metodo che *a Parigi è stato proclamato il meno offensivo*, cioè secondo il diametro antero-posteriore, e dimostra che seguendo questa pratica si sottopone la testa fetale ad una compressione che è decupla di quella impiegata nelle trazioni; onde conchiude sperando che presto si rinuncierà al forcipe applicato allo stretto superiore nei casi di viziature.

L'A. viene quindi a descrivere l'ischio-pubiotomia, che si riassume nella sezione delle ossa, branca dell'ischio e branca orizzontale del pube, distruzione delle parti fibrose, arcata crurale e membrana otturatrice, che si opporrebbero alla divaricaricazione loro, e posizione delle cosce di maniera che gli adduttori rilasciati permettano questo allontanamento dei margini della sezione ossea. L'incisione dei tegumenti decorre parallela alla linea mediana del corpo, a 4 cent. da essa, e le sezione delle ossa a 5 cent., creando così una valva più grande. L'A. confronta in alcune tavole i vantaggi che si ottengono nel bacino obliquo ovalare con questa nuova operazione e colla sinfisiotomia; dimostra che quella è di molto più vantaggiosa, arrecando un'ampliamento maggiore, ed a conferma delle sue asserzioni cita un caso di ischio-pubiotomia con risultato felice ed un altro di sinfisiotomia, in cui dopo tentativi ripetuti col forcipe si dovette praticare l'embriotomia. Il Farabeuf crede che per ambedue le operazioni sull'arco pelvico debbasi mettere la regola di esigere dalla sinfisi sacro-iliaca tutto quello che può dare, disgiungendo forzatamente le due articolazioni sacro-iliache, che nulla vuolsi lasciar fare alla testa fetale e che il forcipe deve intervenire solo come supplente delle forze espulsive materne.

Dott. F. Villa.

NOTIZIE

Onoranze alla memoria di Semmelweis.

Il Semmelweis può considerarsi a buon diritto come uno dei più grandi benefattori dell'umanità. Le sue geniali ricerche sull'origine e sul modo di diffondersi della febbre puerperale (L'*etiologia*, il *concetto* e la *profilassi della febbre puerperale*, 1861) hanno segnato gli albori di una nuova era in ostetricia, dell'era antisettica. I suoi meriti non si restringono nei confini di una città o di una nazione, il suo nome è universale e di quelli a cui tutti s'inchinano riverenti. Ben a ragione quindi, trasportati in patria i suoi avanzi mortali, la Facoltà Medica e la Reale Società di medici di Budapest hanno pensato che come generale era il culto per la sua memoria, così generali dovevano essere le onoranze destinate ad eternarle. Si è quindi costituito un Comitato, al quale partecipano numerosi colleghi di tutte le nazioni, onde promuovere l'effettuazione di un monumento nella capitale Ungherese mediante sottoscrizioni internazionali.

Le oblazioni si possano spedire al cassiere del Comitato esecutivo: **dott. Elischer, IV Petôfi-ter Budapest (Ungheria).**

La direzione degli *Annali* è a sua volta ben lieta di assumere l'incarico di trasmettere al Comitato tutte le oblazioni che le perverranno.

XI Congresso Medico Internazionale

ROMA 1893.

Le ultime lettere pervenute alla Presidenza del Congresso annunziano la costituzione del Comitato Nazionale Rumeno, sotto gli auspici della Società delle Scienze Mediche di Bukarest, composto dei dottori C. D. Severeano, professore d'Università, presidente; N. Racoviceanu Pitesti, Segretario; Z. Petrescu, professore di terapeutica; D. Dräghiescu prof. d'ostetricia, ed A. Leonte chirurgo in

capo degli Ospedali, consiglieri: ed assicurano un numeroso intervento di Medici Rumeni e di altri scienziati che si interessano dei lavori del Congresso: fanno noto pure che il Comitato Nazionale Germanico ha nominato un sotto-comitato a Monaco, per la Baviera, composto dei dottori professori Spatz, Winkel, Rothmunt, von Leube, Merkel, Hofmann, Roth, Zöller, Schreiber, con a capo l'illustre clinico von Ziemssen.

È giunta pure notizia delle seguenti delegazioni ufficiali per parte di Governi esteri: al dottore van Millingen e colonnello Behdhjet bey dal Governo dell'imperatore di Turchia: al dottore R. C. Dean dal Ministero della marina degli Stati Uniti e al dottore Ch. R. Greenleaf chirurgo generale dal Ministero della guerra degli Stati Uniti; al prof. B. I. Stokvis dal Governo Olandese.

La Società Olandese della Croce Bianca ha accettato l'invito al Congresso e delegato per suoi rappresentanti i dottori P. I. Barnoms e I. W. Schmit, suoi membri.

L'Associazione Medica della Principesca Contea di Gorizia e Gradisca comunica la sua deliberazione di delegare a rappresentarla ai lavori del Congresso i dottori Mattes Babarovich, Ernesto Fratrich e Arvane Luzzatto, membri del Comitato Centrale di Vienna.

Oltre ai Comitati già annunziati si è ora aggiunto quello Bulgaro sotto la presidenza del prof. dott. A. Pusculieff, direttore del Consiglio Superiore della Sanità Pubblica; ne fanno parte come consiglieri i dottori D. Paulovitch, M. Rousseff, W. Sarafoff, S. Zolotwich, S. Michaloff, Z. Popoff, e come segretario il dott. N. Moskoff. Si è pure costituito un comitato di propaganda nell'isola di Malta.

Il dottore Hassan Pachà Mahmoud, che al Congresso di Berlino rappresentava ufficialmente il governo egiziano, ha accettato la Presidenza del Comitato nazionale egiziano ed ha annunziato al Comitato Centrale di Roma che leggerà al Congresso un suo studio originale inedito sopra l'al-nochah, malattia speciale delle regioni dell'Egitto: ed il celebre dottore H. Nothnagel di Vienna farà una conferenza in una delle sedute generali.

Il governo del Canadà ringraziando dell'invito a prendere parte al Congresso ha comunicato di avere rivolto vive esortazioni a tutti i sanitari e specialisti del paese di intervenirvi e raccomandato alle autorità governative e municipali di facilitarne l'intervento.

Esposizione Internazionale di Medicina e di Igiene.

In occasione del XI Congresso Medico, che nel prossimo settembre si terrà in Roma, avrà luogo una Esposizione Internazionale di Medicina e di Igiene, con annesse Classi speciali della *Croce Rossa* e di Balneologia e Idrologia.

Il Municipio di Roma ha concesso all'uopo il grandioso Palazzo delle Belle Arti, situato in Via Nazionale, a poca distanza dalla Sede del Governo.

L'Esposizione sarà tenuta aperta dal 15 settembre al 15 ottobre e potrà essere prorogata. Essa comprenderà le seguenti classi:

I. Apparecchi, materiali e piani di edifici per indagini scientifiche e tecniche nella biologia, terapia ed igiene.

II. Apparecchi, strumenti e materiali di sussidio terapeutico nei vari rami della medicina.

III. Servizi e materiali della pubblica assistenza e salvataggio.

IV. Piani, modelli e materiali interessanti la bonifica del suolo e il risanamento urbano.

V. Piani, apparecchi e suppellettili per il servizio igienico della città.

VI. Piani, modelli e materiali per costruzioni igieniche.

VII. Apparecchi e suppellettili per il servizio igienico nell'interno delle abitazioni comuni, e degli edifizi collettivi e pubblici.

VIII. Materiali, apparecchi ed oggetti per l'igiene individuale.

IX. Piani, modelli, apparecchi ed istituzioni per l'igiene dell'operaio.

X. Libri, atlanti, fotografie, stampati, ecc. di recente pubblicazione, riferentisi alle scienze mediche biologiche ed igieniche.

Classe speciale di idrologia e balneoterapia.

Classe speciale della *Croce Rossa italiana* per il concorso al Premio Reale istituito nel 1892.

Diplomi e medaglie saranno assegnate ai migliori espositori dal Ministero dell'Interno e dal Comitato dell'Esposizione.

Per i programmi dell'Esposizione e per le domande di schiarimenti relativi, dirigersi al Presidente della Esposizione, Professor Luigi Pagliani, *Ministero dell'Interno*, Roma.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XV. Aprile 1893. Num. 4.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

METRORRAGIE
DA PLACENTA PREVIA

PEL
Dott. GIUSEPPE RAINERI
Libero Docente di Ostetricia nella Regia Università di Torino,
Chirurgo-Ostetrico della Maternità di Vercelli.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF EDINBURGH
17 JUN 93
LIBRARY

TESI DI LIBERA DOCENZA

(Continuazione, vedi pagina 190).

CARATTERI ANATOMICI DELLA PLACENTA PREVIA.

Le note anatomiche più importanti, sulle quali insistette a lungo Gendrin, (1) e che secondo Vivien (2) sarebbero in parte comuni alle placente ordinarie con distacchi accidentali, si riducono, come osserva Pestalozza (3) ad alterazioni secondarie, prodotte da parziali distacchi di data più o meno antica, e consistono essenzialmente di stravasi a diverso grado di indurimento, di forme atrofizzanti, specialmente spiccate quando sia solo parziale l'inserzione previa ed interessanti appunto in questi casi la porzione o lobo previo che appare appiattito, assottigliato e separato quasi, a mezzo di un solco, dalla parte non previa. Ciò che forse spiega la formazione, in via secondaria, della placenta succentoriata

(1) GENDRIN. Riportate in Bitot, pag. 24 e seguenti.
(2) VIVIEN. « Placenta praevia et tamponnement, » pag. 19. Paris, 1892.
(3) PESTALOZZA. Art. « Placenta, » pag. 36 e seg.

così frequente (1). Cazeaux, Jacquemier (2) avevano già rilevato atrofico, assottigliato, talora scollato il lobo previo; reperto che essi invocavano in appoggio dei casi accompagnati da scarsa emorragia, sostenendo che la dilatazione si poteva compiere, senza ulteriore distacco e perdita, essendo i vasi chiusi per sangue coagulato.

In generale perciò i cotiledoni invece di avere la regolarità abituale differiscono tra loro in volume, spessore, distanza. Per contrapposto alle zone atrofiche frequenti accennate, è duopo ricordare gli ispessimenti mammellonari osservati invece da Levret e Baudelocque.

La placenta nell'insieme assume le configurazioni più diverse (3).

Le membrane, specie verso il lobo placentare, sono resistenti e spesse; soventi incontrano aderenze abnormi colla parete uterina.

L'inserzione del cordone secondo Müller per lo più è eccentrica; spesso marginale, come aveva già notato Levret, attribuendole speciale importanza etiologica; talora velamentosa.

La inserzione velamentosa, riscontrata da Kuhn, Hecker, Hartmann, Müller (4), ultimamente venne trovata anche da Guzzoni (5), da Weber (6), da Loreta, che pubblicò un caso di placenta previa con inserzione velamentosa (7) per l'importanza clinica speciale, tanto più che egli riteneva il suo, il primo caso del genere nella letteratura ostetrica.

Una particolarità nella placenta previa delle più frequenti, è la *insolita ampiezza* a spessore normale, ma molto soventi al di sotto del normale. (Sirelius, Barnes, De Cristoforis, Porro, Spiegelberg, Donzellini, Raineri, ecc.). Ad essa accenna anche Weber (8), il quale in conto della endometrite, spesso presente negli uteri, che offrono la complicazione di cui ci occupiamo, pone anormali sviluppi del tessuto placentare e con essi una *anormale grandezza:* ricorda Jüdel che su 75 casi trovò

---

(1) Vedi in Donzellini, luogo citato, pag. 10. — Raineri. « Contributo all'etiologia, » cit., pag. 9.

(2) In Bitot, pag. 32.

(3) Dylion, pag. 12.

(4) Müller, citato pag. 129.

(5) Guzzoni. « Gravidanza gemellare, idramnios, placenta previa, inserzione velamentosa. » *Gazzetta Ospitali,* N. 13, 14 e 15, 1888.

(6) Weber. Memoria citata, pag. 57.

(7) Loreta. Bologna, 1892. Dalla Maternità diretta dal prof. Pinzani.

(8) Weber. Lavoro citato, pag. 21.

11 placente assolutamente più ampie, Barnes che in una XIIpara di 41 anni riscontrò una placenta circondante tutto il bambino. Già Müller alluse alle grandi placente di Kuhn, di Trefart e di Jüdel (1). Nel mio lavoro (2) aggiunsi i casi di Bartlet (3) e di Negri (4) nei quali la placenta, ad epoca già avanzata della gravidanza, rivestiva l'uovo in totalità o quasi. Nella osservazione clinica che riferii nella *Rivista di Ostetricia e Ginecologia* del 1891, N. 10, in una donna a 7 mesi circa dalla gestazione la placenta aveva rivestito tutta la cavità uterina, come se l'avesse tappezzata, avendo lasciata libera solo una porzione riservata alla bocca uterina; condizione favorevole che la rese solo lateralmente previa. Porro (5) nella placenta che il feto aveva potuto attraversare, oltre la sottigliezza e le aderenze anormali attorno alla parete uterina, aveva verificato anche degenerazione *fibro-grassosa.* Chopatofscky (6) alla Società Ostetrica di Parigi, nel 18 febbraio di quest'anno, richiamò l'attenzione sulla degenerazione calcarea per spiegare le aderenze secondarie, le quali non permettono tuttavia in ogni caso il ristabilimento dei rapporti circolatorii.

Sulla possibilità dello sviluppo sulla reflessa è detto nella parte che riflette l' etiologia.

DIAGNOSI.

Volendo ora istituire il diagnostico, dobbiamo studiare i segni ai quali riferire il nostro esame.

Sintomo principale è l'*emorragia;* questa per noi deve avere importanza a seconda dei diversi momenti in cui la consideriamo.

Nei primi mesi della gravidanza, nonostante il rapporto che esiste tra placenta previa e aborto, vien posta con quelle da aborto; e sebbene

---

(1) Müller, cit. pagina 139.

(2) Raineri. « Contributo alla etiologia, » cit., pag. 10.

(3) Bartlet. *Annales de Gynécol.*, settembre 1886.

(4) Negri. « Trenta mesi di Clinica Ostetrica. » Venezia, 1889, pag. 8.

(5) Porro. *Gazzetta Medica Lombarda,* cit., pag. 97, 1873.

(6) Rip. in Vivien. « Placenta praevia et tamponnement » cit., pag. 19, 1892.

si possa ritenere che una grande quantità di interruzioni di gravidanza a questa epoca, comunemente annoverate cogli aborti così detti abituali, ripetano, come si può in una osservazione retrospettiva del prodotto del concepimento accertare, la loro origine dalla inserzione viziosa della placenta, clinicamente qui non ci interessano. Riteniamo con Barnes che la vera inserzione viziosa non è riconosciuta prima del 5.° mese (1).

Ci interessano le rare emorragie coi caratteri ordinari di placenta previa, pure ad epoca abortiva, in mesi più innoltrati, perchè possiamo per avventura trovarci coi casi notati da Weber, di un anormale distendimento d'utero da idramnios (Winkel, Weber) e diagnosticabili coll'altezza abnorme del fondo uterino in confronto dell'età della gestazione. Non dovranno però essere trascurate possibili cause di errore dovute a degenerazioni dell'uovo, mola carnosa, mola idatigena; in cui si ha pure a fare con perdite sanguigne e con aumenti straordinari di volume della matrice; sebbene non manchino utili criteri differenziali, come i segni possibili di vita del feto nei casi di placenta previa, la natura del sangue, l'accidentale presenza di vescicole nella mola idatiforme, ecc.

Del resto, in generale l'emorragia si manifesta dopo il sesto mese, improvvisamente, senza dolore e senza una causa apprezzabile e soventi mentre la donna è a letto; con facilità a riprodursi ad intervalli più o meno lontani, a periodi talvolta regolari (Weber). Eccezionalmente la donna avverte prima della perdita un malessere generale, senso di peso e di dolore alla parte inferiore dell'utero.

Quanto più la gravidanza avanza, tanto più però le perdite tendono ad avvicinarsi; dapprima leggiere, diventano in seguito profuse fino ad uccidere la donna per anemia acuta.

Un altro carattere relativo all'*emorragia* del sopraparto, sul quale Levret per primo insistette, è quello di manifestarsi durante la contrazione, nella sistole uterina, di preferenza che non nel tempo dell'intervallo. E Levret lo portava innanzi come criterio differenziale dalla perdita che si manifesta per distacco di placenta inserita in sede normale, con una spiegazione che non è ammessibile. Egli pensava infatti,

---

(1) Barnes. « Traité d'obstét. » cit., pag. 573.

che per la contrazione uterina, in questo ultimo caso, le fibre muscolari restringessero il lume dei vasi, e che il lume si allargasse nell' inserzione previa per dilatazione sotto la contrazione delle fibre del collo.

Piuttosto il carattere differenziale suesposto, più *apparente* che *reale,* se si vuole ammettere, si può spiegare ritenendo che, avvenuta la lacerazione dei vasi utero-placentari sotto l' influenza della contrazione, ad inserzione previa, il sangue è naturalmente spinto all' esterno e trova aperta la via, mentre nel distacco per inserzione normale della placenta con perdita esterna, la parte presentata che progredisce, può sotto il dolore momentaneamente arrestarla.

L'emorragia nella placenta previa, è sempre *esterna;* il sangue talora ha un' apparenza venosa, tal' altra arteriosa; ha molta tendenza a coagularsi, per cui la donna perde sangue nello stesso tempo e coaguli. Questi possono attraversando il collo impedire lo scolo e mantenere anche all' interno una certa quantità di sangue; non tale però questa da meritare il nome di emorragia interna.

In rapporto alla perdita, tanto più quando questa si manifesta col suo andamento tipico d' *intermittenza,* o *continuo*, ma con *recrudescenze,* si altera lo stato generale della paziente e vengono in scena l' anemia, il pallore, la gonfiezza alla faccia, l' edema generalizzato, la tendenza alle sincopi, talora la febbre, brividi, e benchè raramente, movimenti convulsivi (1).

Oltrechè sulla emorragia, Pinard, dal 1886, basandosi sugli studi proprii e di Lacaille, insiste sulla rottura prematura delle membrane, nel vero senso, cioè già prima che si inizii il travaglio (2).

L' ispezione del ventre, secondo Levret, ci può guidare nel diagnostico, perchè l' utero invece di essere arrotondato si mostra spesso appiattito, come diviso in due loggie, irregolarmente sviluppato. Ciò è probabilmente in rapporto colla presentazione frequentemente trasversale, come ha rilevato Charpentier che su un numero di 1148 parti, raccolti dalle statistiche di vari autori, la trovò colla frequenza del 24 p. 0[0; L. Müller su 1082 parti del 25 p. 0[0; King su 240 del 6 p. 0[0;

---

(1) CHARPENTIER. « Traité pratique des accouchements, etc. » Tom. II, pag. 443.

(2) In DYLION. Tesi cit., pag. 25.

Lomer su 126 del 32 p. 0[0; Weber su 302 casi del 24 p. 0[0 e Winckel su 37 casi del 12 p. 0[0 (1).

La presentazione del tronco si potrà meglio accertare colla palpazione; con questo mezzo avvertiremo elevata la parte, anche nelle presentazioni longitudinali, essendo impedito l'impegno.

A dati più certi ci avvicina l'esplorazione; il collo è molto sensibile al toccamento (2) e si mostra molle, voluminoso, succulento (3), forse a causa dell'abnorme vascolarizzazione, che il prof. Porro pensava poter constatare col mezzo dello speculum, a scopo diagnostico (4).

Il segmento inferiore appare spesso, quando lo spessore non sia dato da tumori, e attraverso ad esso, a presentazione dell'estremo cefalico, riesce difficile ottenere il moto di palleggiamento, *ballottement* (5); in condizioni normali, tanto più avvertibile, quanto più la parte bassa dell'utero si mostra assottigliata, quanto più il feto è piccolo ed abbondante la quantità del liquido amniotico.

A collo trasformato e permeabile, col dito esploratore, molto più a travaglio iniziato, potremo addirittura assicurarci del diagnostico se per avventura riusciamo a toccare il tessuto placentare.

In queste condizioni la diagnosi è facile se la placenta è centrale; più difficile quanto più il bordo di essa si allontana dal contorno dell'orifizio uterino interno.

Ma anche giunti a questo punto si può talora essere tratti in errore per la presenza di neoplasmi. Il caso si può verificare specialmente per i fibromi sottomucosi peduncolati, che non apportano nessun ostacolo diretto alla contrazione uterina. Può darsi che essi a un certo grado della dilatazione vengano a far sporgenza dall'orifizio, sollecitati dall'aumentata pressione endo-uterina.

E qualora uno di questi tumori appiattito, laminato per dir così dalla contrazione, si affacci in periodo dilatante all'orifizio, colla sua superficie irregolare, facilmente sanguinante, col suo tessuto molliccio per infiltra-

---

(1) Citati in WEBER, pag. 45.

(2) BARNES. « Traité d'obstét., » pag. 574.

(3) MÜLLER, pag. 205.

(4) PORRO. *Annali Univ. di Medic.*, 1873, pag. 314.

(5) GENDRIN e CAZEAUX in CORRADI cit., tom. II, pag. 581.

zione edematosa, può fornire al tatto e alla vista, per la facilità di concomitanti emorragie, tutto il quadro di una placenta previa laterale.

A simile evenienza accenna di proposito Pestalozza (1) e riferisce tre casi molto interessanti che in breve vogliamo riassumere: l'uno appartiene, per la seconda parte della storia, alla Clinica ostetrica di Pavia, l'altro a Breisky, il terzo alla Clinica ostetrica di Torino.

Nel primo caso si trattava di una quintipara giunta normalmente al termine della gravidanza. Durante il travaglio in periodo dilatante si manifesta emorragia piuttosto grave; la levatrice allarmata manda alla Clinica ostetrica in cerca di un medico. Questi accorre, trova la donna anemica, una dilatazione di 7 cent., sacco integro: il dito insinuandosi fra il sacco teso e sottile ed il margine dell'orifizio uterino, rileva la presenza di un corpo molliccio, appiattito a modo di focaccia, inserto sul segmento antero-inferiore dell'utero. Si pensa a placenta previa laterale e nella supposizione si rompono immediatamente le membrane. L'emorragia cessa, la parte presentata, il vertice, progredisce; la dilatazione si fa completa ed una nuova esplorazione non permette più di sentire traccia del corpo molliccio prima avvertito. Il periodo espulsivo, normalmente avviato è lasciato alla sorveglianza della levatrice che più tardi confermava il diagnostico di placenta previa laterale, in base all'esame, che diceva aver fatto degli annessi. Il puerperio non fu regolare, ma turbato da insistenti perdite sanguigne e da dolori vaghi alla regione lombare; dopo quindici giorni si constata utero incompletamente involuto, orifizio esterno ampio, e da esso protundente un corpo piriforme, molliccio, con superficie facilmente sanguinante, un polipo uterino insomma inserto sulla parete antero-inferiore dell'utero. Secondo ogni probabilità l'emorragia in travaglio era stata data da questo corpo, che corrisponde perfettamente nella sua sede al corpo molliccio constatato dal medico; il polipo erasi poi elevato a dilatazione completa dopo la rottura del sacco, laminandosi sotto la pressione della testa. La risposta data dalla levatrice, si seppe poi essere stata data a capriccio.

La donna venne operata nella Clinica di Pavia due volte, e con

---

(1) Pestalozza. « Fibromi d'utero e gravidanza. » Dissert. present. pel conseguimento della libera docenza. Pavia, 1890, pag. 74 e seg. cit.

esito finale di guarigione, di due polipi, l'uno molto voluminoso, l'altro della grossezza d'una pera, inserto in cavità per un sottile peduncolo.

Il secondo caso è riferito da Breisky (1).

Una donna, in cui egli fu poi costretto ad eseguire snucleamento del tumore, un mese dopo un aborto provocato, aveva offerto in una gravidanza precedente tutti i segni della placenta previa, a causa di un tumore sotto-mucoso inserto alla superficie interna, lato sinistro.

Il terzo caso che l'A. dovette alla gentilezza del prof. Tibone, direttore della Clinica ostetrica di Torino, appartiene a una secondipara che partorì nella sezione allieve-levatrici il 2 maggio 1889.

In seguito a qualche lieve metrorragia, visitata il 1.° aprile si trova il collo dell'utero completamente rammollato e permeabile al dito; verso sinistra il segmento è più spesso che non a destra. Per questo dato e sul modo con cui si presentavano le emorragie, si fa diagnosi di probabile placenta previa marginale. Parto affatto normale un mese dopo. Una esplorazione, fatta il 12 maggio, fa sentire il collo rifatto, solo per metà permeabile; alla parete posteriore dell'utero in tutta vicinanza del collo, si sente un tumoretto del diametro circa di uno scudo, sviluppatosi nello spessore della parete uterina. Puerperio fisiologico.

Non è più il caso di insistere per la diagnosi nella determinazione della sede della placenta sui dati che ci può fornire l'ascoltazione per *vaginam* o *sul ventre*.

Sebbene Bossi (2) sia ritornato in seguito ad esperienze, le quali hanno però bisogno, a detta dello stesso autore, di ulteriore controllo, a stabilire un rapporto tra *il soffio utero-placentare* e la località ove è inserita la placenta — rapporto che si verificherebbe nella *maggioranza* dei casi — vanno tenute nel debito conto e nel loro valore le conclusioni del prof. Chiarleoni (3), il quale, in appoggio ai fatti osservati, ritiene essere addirittura falsa la teoria che fa del soffio un fatto alle dipendenze della circolazione utero-placentare, come è indeterminata, e perciò da

---

(1) Breisky. « Klinische Erfahrungen über die grossen interstitiellen Myomen des collum uteri. » *Zeitschrift für Heilhunde*, Bd. V, 1884, pag. 109, citato da Pestalozza

(2) Bossi. « La clinica ostetrica e ginecologica dell'Università di Genova nel 1890. » Tip. Istituto Sordo-muti, pag. 26.

(3) Chiarleoni. « Soffio arterioso della gravidanza e del puerperio. » Vercelli, Tip. Facchinetti, 1889, pagine 35-36.

scansarsi la denominazione di *soffio-uterino;* mentre, secondo i criteri del Lusck, lo designa volentieri coll' appellativo di *soffio-arterioso.*

E il Cuzzi scrive che, quantunque il soffio, ch'egli chiama *materno*, per distinguerlo da quello *fetale*, si senta con maggior intensità là ove i vasi sono più sviluppati, quindi in corrispondenza dei bordi dell'utero ed in corrispondenza della inserzione della placenta, non serve però a indicarci il luogo di inserzione della placenta, come fu già sostenuto da Balocchi (1) ed in modo un po' dubitativo da Peruzzi (2). Il soffio compare verso il terzo mese e mezzo della gravidanza e va aumentando gradatamente d' intensità fino al sesto mese. Verardini coll' ascoltazione vaginale riuscì a sentirlo di già durante il secondo mese: non è costante tanto per rispetto alla ubicazione ove si sente, quanto per rispetto alla sua presenza; esso, in taluni momenti, si percepisce assai intenso, poi si sospende d' un tratto per qualche tempo, per poi ritornare intenso più tardi nello stesso luogo o in altre regioni dell' utero: durante la contrazione uterina da prima si fa più forte, poi generalmente cessa, per ricomparire subito dopo: può essere percepito anche dopo il parto; Bailly lo sentì 36 e perfino 48 ore dopo l' espulsione della placenta, Maggia otto ore dopo il parto e Chiarleoni fino 7 giorni dopo (3).

Anche all' infuori della gravidanza, in caso di neoplasmi, specialmente nei fibromi uterini, si può percepire un rumore dato dal soffio arterioso. Guzzoni recentemente (4), come sulla gravida avevano rilevato Pajot, Spiegelberg, Rotter, Rapin, Chiarleoni, in un caso di fibroma interstiziale inoperabile, che dava un aumento del ventre fino a due dita sul bellico, lo potè colla palpazione sentire e, con un cardiografo di Marey, scrivere.

Così le arterie del collo e la vaginale nello stato gravidico, e fuori di esso, ponno dare soffii e pulsazioni, rilevabili queste col dito esploratore, senza che li possiamo mettere in relazione diretta colla sede della placenta.

---

(1) Balocchi. « Ostetricia. » Milano, 1875, cit. in Cuzzi.

(2) Peruzzi. « Taglio cesareo. » *Raccogl. Medico,* 1880, XIV, 281 in Cuzzi.

(3) Cuzzi. « Trattato di ostetricia e ginec. » Vol. I, parte II, pagine 306, 307.

(4) Guzzoni. « Sul rilievo tattile del soffio uterino. » Estr. *Rass. Scienze Med.,* maggio 1892, N. 5.

CURA.

« Non vi è una posizione più grave e più seria di quella del medico quando si trova al letto di una partoriente con emorragia, e dalla esplorazione rileva la placenta all'orifizio interno. Ad onta dell' esercizio e della presenza di spirito egli è molte volte costretto a vedere soccombere la madre e il feto. »

HENNING. *Centralb. für Gynäk.*, 1890, N. 19, pag. 346.

Abbiamo visto nella storia come la mente degli ostetrici sia stata assai feconda nello istituire metodi di cura. Ciò si comprende di leggieri pensando che, nello studio della placenta previa, la cura costituisce il lato veramente pratico.

L'*assolutismo* di un tempo però nel praticare un metodo piuttosto che l' altro, è andato scomparendo ai giorni nostri, man mano che le cause di produzione della emorragia venivano più studiate e conosciute.

Oggidì, a parte i casi speciali e il vario indirizzo dei diversi ostetrici, la *cura* è guidata con criteri più razionali e generali di un tempo. Non è più questione di *metodo* ma di *trattamento* in cui si trae profitto, a seconda delle circostanze, dall' impiego di diversi metodi; informi il trattamento della scuola di Berlino, modificato dalla Clinica di Pavia.

Nella sua relazione al Congresso di Bruxelles del settembre u. s. Berry-Hart (1), opportunamente osservava, evocando un antico pensiero dello Smellie, riportato anche da Müller, che si sbagliano a partito coloro che insistono su un metodo piuttosto che sull'altro, dovendo il trattamento essere più complesso, ed essere necessario ricorrere, a seconda del tempo in cui si è chiamati a prestar l'opera nostra, a diversi processi.

Prima di venire a trattamenti generali, daremo uno sguardo rapidissimo ai singoli interventi, e non sarà fuori di posto qualche considerazione al riguardo.

---

(1) BERRY-HART. *Semaine Médical*, 28 settembre 1892, pag. 394.

Parto forzato.

Il parto forzato praticato per primo da Guillemeau, o secondo Guillemeau dallo stesso Pareo, da Bourgeois, Mauriceau, Deventer, De La Motte.... con istero-stomatomia da Smellie, Kilian, Belli, Hecker, Scanzoni, Siebold.... con manuale dilatazione della cervice da Peu, Portal, Boe.... e che incontrò il favore di alcuni ostetrici fino a noi, come presso taluni lo gode ancora, secondo le statistiche di Pluyette darebbe una mortalità per la madre del 54 p. 0[0 e del 62 p. 0[0 pei feti; secondo quelle di Auvard del 49 p. 0[0 per le madri e del 61 p. 0[0 pei feti.

Questi risultati lo sconsigliano certamente.

È inutile, stando a Guzzoni, che ci sforziamo a metterne in mostra gli inconvenienti; i pericoli di lacerare non solo l'orificio uterino, ma il segmento inferiore dell'utero; la emorragia che necessariamente ne deriverà e che può essere mortale, le difficoltà dell'atto operatorio, che in certi casi sono immense, in altri insuperabili, il tempo prezioso che si perde talvolta durante l'esecuzione o nei tentativi di quest'atto operatorio, il collasso successivo e l'infezione, costituiscono il quadro che potrà avere davanti a sè l'ostetrico, quando, con dilatazione insufficiente, tenterà il parto forzato. E come dev'essere abbandonato il parto forzato, così devono essere combattute le idee di alcuni ostetrici, di Depaul ad esempio (1), che in simili frangenti consigliano le incisioni sul collo (2).

Tali parole riproducono le idee di Auvard così compendiate:

« Il parto forzato è un metodo deplorevole; le incisioni sul collo « sono più cattive ancora: ogni metodo che espone alle lacerazioni del « collo deve essere rigettato. Nel trattamento della placenta previa l'in- « tegrità del segmento inferiore e dell'orificio esterno deve essere la « principale preoccupazione dell'ostetrico » (3).

La stessa condanna al parto forzato impose Fritsch nel 1889 (4), per il pericolo di profonde lacerazioni cervico-uterine con grave emor-

---

(1) Depaul. « Leçons de clinique obstétric., » 1882, pag. 697.

(2) Guzzoni. Luogo cit., pag. 715.

(3) Auvard. Luogo cit., pag. 59.

(4) Fritsch. *Centralb. für Gynäk.*, 1890, pag. 349.

ragia, a dominar la quale non sempre gioveranno la stessa sutura e nemmeno il tamponamento.

E Charpentier nel suo « Traité pratiq., etc., » edizione del 1890, vol. II, pag. 473, reputa poco pericolosi gli sbrigliamenti multipli e agevolata per mezzo di essi la via al parto forzato, lo propone ancora, ma come atto operativo di *necessità*, allora quando tutti gli altri processi si sono dimostrati impotenti.

A non altro che ad un parto forzato si arriva col dilatatore Bossi (1); e sebbene in un caso di placenta previa riferito dalla levatrice Bettinelli (2), in dieci minuti, con un collo lungo un centimetro e non dilatato, si sia potuto ottenere una dilatazione sufficiente per estrarre un feto semestre senza lesioni di sorta, vi ha bisogno di ulteriori fatti che provino la pratica applicazione e l'innocuità, chè certo non possono bastare quelli che il Bossi stesso, De Paoli e Marini riferirono, essendo stato usato per altre indicazioni (3).

---

(1) Bossi. Vedi *Rivista di ostetricia e ginecol.* cit.

(2) Bettinelli. *Giornale per le levatrici,* 1892, N. 12.

(3) Bossi. *Gazzetta degli ospedali,* 1891, N. 29, *Riforma Medica,* N. 117, maggio 1891, « Provocazione rapida del parto col dilatat. Bossi. » Tip. operaia, Genova. — De Paoli. « Ulteriore contributo clinico al metodo di provocazione rapida del parto. » — Marini. *Riforma Medica,* N. 166, 1891.

Da un nuovo lavoro del dott. L. M. Bossi « *Sulla provocazione artificiale del parto e sul parto forzato col mezzo della dilatazione meccanica del collo uterino* » (*Annali di Ostetricia e Ginecologia,* dic. 1892, N. 12) apparso dopo la discussione della mia tesi si apprenderebbe però che il *dilatatore* usato vantaggiosamente per altre indicazioni molteplici avrebbe anche in tre casi di placenta previa (15, 35, 37 della statistica sotto riportati) dato ottimi risultati. Ciò nonostante l'istrumento, che verrebbe davvero a colmare una lacuna nell'armamentario ostetrico per la terapia della provocazione del parto, per questa parte almeno parci non sia stato sufficientemente sperimentato. La stessa esposizione del Bossi circa il pronostico dell'intervento ostetrico da lui ideato presta il fianco alla critica là ove parlando delle *condizioni in cui può rimanere l'apparecchio genitale dopo l'atto operativo* (luogo cit. pag. 918) è detto che su 41 casi solo in 27 delle operate fu dato fare un esame attento interno.

Nella dilatazione meccanica del collo uterino questo punto, che è di capitale importanza, avrebbe richiesto a nostro avviso di essere illustrato con esame di tutti i casi. Nulla è detto poi per quanto riflette la placenta previa nei quali casi, per le condizioni del segmento inferiore, l'aver notato l'innocua violenza esercitata dallo strumento, sarebbe stato indispensabile e molto concludente.

Ad ogni modo ecco i tre casi:

15 (pag. 923) — Pluripara — gravidanza sesto mese — placenta previa — collo di lunghezza normale — dilatazione meccanica in 15 minuti per metrorragie imponenti — estrazione del feto — guarigione della paziente — operatori De Paoli e Marini.

35 (pag. 926) — N. N., gravid. ottavo mese — metrorragia, placenta previa marginale — edemi agli

Al parto forzato o anticipato, come lo chiama col Massarenti, quasi per mitigarne la gravità, si attenne anche il Pazzi (1) nei casi citati, nè si può movergli rimprovero, avendolo richiesto la necessità dell' intervento. Ma non condividiamo le sue idee, che egli vuol appoggiare ai favorevoli risultati ottenuti, fino al punto in cui, con una sufficiente fiducia in sè stessi, *si dovrebbe* al tamponamento preferire il *parto forzato.*

Le indicazioni precise dello zaffo certo non ci permettono di porre questo sussidio terapeutico da una parte per avventurarci, se non forzatamente costretti, su una via, che generalmente presenta gravi pericoli.

Berry-Hart respinge la stessa versione bipolare come forma di parto forzato *mitigato* o *addolcito,* ma pure con inconvenienti per la madre e con scarsissime probabilità di vita per il feto, se non è preceduta da debita dilatazione, che egli consiglia di ottenere coi dilatatori idrostatici (2).

Rottura delle membrane.

La pratica della rottura delle membrane risale a Puzos, sebbene la avessero preconizzata prima di lui Mauriceau, Dionis, Wessel, Deventer. Puzos alla rottura delle membrane faceva però precedere — stando alla lettera al suo metodo — la dilatazione manuale della cervice. Incontrò il favore per lunga serie d'anni di molti ostetrici ed anche la disapprovazione di taluni, essendo stato usato a proposito ed a sproposito.

Baudelocque la combattè vivamente, avendo in casi in cui l'adoperò ottenuto l'arresto dell' emorragia una sol volta, e ciò, secondo lui, per pura accidentalità!

Giustamente osserva Auvard (3), che la bontà di essa è subordinata

---

arti inferiori — applicazione dilatatore Bossi a collo per nulla accorciato — dilatazione in 18 minuti — rivolgimento classico — feto vivo — guarigione della paziente — operatore Marini (Reg. Guardia Ostetrica di Genova N. 167).

37 (stessa pag.) — Placenta previa centrale — VIpara gravida di mesi 7 1|2 — più volte tamponamento — anemia grave — dilatazione un cent. — 29. 5. 92 dilat. Bossi, 25 minuti 7 cent. — rivolgimento — guarigione — feto vivo — operatore Sangregorio.

(1) Pazzi. Lavoro citato, pag. 38.

(2) Berry-Hart. *Semaine Méd.* cit.

(3) Auvard. « De la conduite etc., » pag. 83.

all'impiego sotto determinate condizioni, le quali non furono osservate da quegli ostetrici, nelle mani dei quali fallì allo scopo.

Fu Schroeder nel 1877 (1), che richiamò in vigore la pratica stessa, assegnandole un posto preciso contro le emorragie del travaglio, nel razionale intendimento di togliere il conflitto tra il segmento inferiore uterino e il polo inferiore dell'uovo.

Pinard in relazione colla sua maniera di spiegazione della perdita sanguigna nella gravidanza e nel travaglio, con un processo, ch'egli ritiene proprio, ma che in ultima analisi non è che quello di Puzos, leggermente modificato se si vuole, rompe largamente le membrane non solo nel travaglio, ma anche durante la gestazione.

Estrazione totale e parziale della placenta.

L'estrazione totale della placenta (metodo di Simpson), basata sul concetto che il sangue provenisse dai seni della caduca rimasta aderente alla superficie uterina dal lembo di placenta distaccato, salvo rare eccezioni, veniva a sacrificare tutti i feti — mentre in confronto di altri interventi non diminuiva neppure la mortalità materna. Auvard dà una statistica del 20 p. 0[0 per le donne e dell'83 p. 0[0 pei feti. Pluyette ha cifre peggiori, il 25 p. 0[0 per la madre ed il 91 p. 0[0 pei feti. — Sebbene lo stesso Simpson non avesse consigliato il suo metodo per ogni caso, ma solamente per quelli gravi, in cui la rottura delle membrane o la versione si mostravano insufficienti, Auvard (2) dichiara che simile intervento impotente a frenare l'emorragia, per i cattivi risultati, salvo condizioni eccezionalissime, è generalmente abbandonato.

Alcune di queste condizioni eccezionali paiono specificate dal Mangiagalli (3) e cioè, quando il feto sia morto, quando l'emorragia persista al distacco parziale, quando non sia possibile la versione con manovre combinate interne ed esterne e quella con manovre interne sia pericolosa. E Wenzel (4) consiglia di distaccare tosto la placenta e di

---

(1) Cit. in GUZZONI. « Placenta lat. praev. » *Zeitschrift f. Gebürst. und Gynaek.*

(2) AUVARD. Luog. cit., pag. 68.

(3) MANGIAGALLI. « Quinquennio » cit., ecc., pag. 245.

(4) WENZEL. *Amer. Journal of Obst.*, mai 1890, in *Nouvelles Archives, etc.*, sett. 1892, pag. 424.

estrarla, se l'emorragia è considerevole e il bambino morto o non vitabile, se la dilatazione è insufficiente e l'emorragia assolutamente pericolosa; se il liquido amniotico è uscito e il travaglio si sia arrestato, se il bacino è ristretto, se l'utero è troppo contratto per permettere la versione.

Del metodo di Bunsen, estrazione parziale, benchè vantato dall'autore che lo usò in sette casi, Auvard non riuscì a trovar traccia in nessuna statistica, nè dopo il lavoro di Auvard, che dà questi cenni, ci risulta sia stato impiegato.

Tamponamento.

Lo zaffo introdotto dal Leroux, già consigliato in tempi antichi da Ippocrate, Sorano, Paolo d'Egina e dalla Trotula, incontrò le simpatie di Baudelocque, Osiander, Bush, Wigand, Rigby, Lumpe, dei nostri Nannoni, Monteggia, Bigeschi, Cattolica..., nell'intento di frenare l'emorragia, producendo un coagulo otturatore, e di ottenere una conveniente dilatazione per procedere alla estrazione del feto. Il metodo di Leroux modificato, giacchè Leroux non usava che filaccie imbevute di aceto, circondato poi dalle cautele antisettiche, non senza opposizione prima e dopo, giunto a noi, occupa un grande posto nella terapia.

Bisognerebbe distinguere due grandi fasi, l'una prima dell'antisepsi, nella quale era caduto infine molto in discredito, l'altra posteriore; parlare della prima è perfettamente inutile. A proposito della seconda noteremo che Syppel (1884), Walter Adams (1885), Torggler (1887), Fritsch (1888), provarono i vantaggi del tamponamento vaginale antisettico a mezzo del *colpeurynter,* Jüngbluth (1887), quello cervico uterino colla spugna preparata, Truzzi, Auvard (1885), Rusconi (1887), Nordmann, Guzzoni (1888), ancora il vaginale coi mezzi ordinarii. Winchel nel 1889 nel suo « Trattato d'ostetricia » si dichiara fra i partigiani del tamponamento; ne enumera i vantaggi e mostra come esso non sia nè antiscientifico, nè pericoloso, nè malsicuro: e arriva al punto di istruire le sue malate ad aggiungersi nuovi tamponi, se l'emorragia si ripete! Anche Dührssen (1) lo appoggia purchè non venga usato a sacco rotto.

---

(1) Dührssen. « Vade-mecum di ostet., » 1890, pag. 101.

Hofmeier invece si scagliò energicamente contro di esso, quando venga adoperato durante il parto, basandosi sulla sua esperienza; e lo ammette nelle emorragie della gravidanza come un male necessario (1).

Alhfeld (2), rinnovando il pensiero di Velpeau, che lo zaffo nelle mani di un ignorante può diventare uno strumento micidiale, lo proclamò un' arma a due tagli, e Pinard (3) reputa il tampone utile, ma come mezzo di necessità. Jouve (4), riproducendo le idee del maestro (Pinard) sul tamponamento in genere, combatte l'impiego delle vesciche animali, tuttora mantenute nell'arsenale clinico degli ostetrici inglesi e tedeschi, che crede non rispondano allo scopo; raccomanda l' uso del pallone di Champetier de Ribes sui vantaggi del quale si svolge la sua tesi.

Contro il colpeurynter si espresse anche Breisky nel 1887 (5), accusandolo di avergli cagionato, in un caso, una fistola vescicale, ed in un altro, una fessura nella vagina per la soverchia azione meccanica esercitata. La disinfezione, secondo Guzzoni, contrario allo zaffo con questi speciali strumenti, non sarebbe completa e facile ad ottenersi.

Turazza (6) non lo ritiene alla mano del pratico per la difficoltà dell' uso e l' altezza del prezzo.

Secondo Turazza (7) il pessario ad aria di Garriel e il primo pallone Chassagny non avrebbero più che un valore storico.

Scollamento parziale della placenta.

Barnes consigliava, con una certa analogia col procedimento di Simpson, lo scollamento della placenta dal segmento inferiore per una estensione data dalla lunghezza dell'indice solo o dell'indice e del medio riuniti, che arriverebbero a staccarla dalla zona pericolosa nella sua altezza di circa 7 1[2 cent. Il brusco distacco aumenta pel momento l'emor-

---

(1) Hofmeier. *Med. chir. Journal Revue,* 1885, pag. 71.

(2) Alhfeld. « Die tamponade bei placenta previa. » *Centralblatt für Gynäk.,* 1888, N. 1.

(3) Pinard. *Echo medic.,* 1888, p. 358.

(4) Jouve. Lavoro cit., pagine 22 e seg.

(5) Breisky. « Cent. für Ges. therap., » 1887, Heft VII.

(6) Turazza. « Osserv. prat., » pag. 16 dell'estratto della *Riv. di ost. e ginec.,* 1891.

(7) Turazza. Articolo « Tamponamento. » *Enciclop. Medica* Vallardi, pag. 34.

ragia, che presto cesserebbe per retrazione della parete uterina; e non potendo avvenire ulteriori distacchi, il parto decorrerebbe normale. Ma continuando talora la perdita, consiglia, nonostante sia contrario ai traumatismi sul collo, l'uso dei proprii *sacchetti a chitarra* nell'intento di frenarla e di favorire la dilatazione.

James-Murphy, caldo partigiano di questo intervento, porta innanzi una statistica di 23 casi, con una mortalità *zero* per la madre e 43 0[0 pei feti. Secondo Auvard (1) mancano statistiche di confronto per giudicare della bontà del metodo, al quale non fecero difetto serie obbiezioni.

Occorre infatti per essere applicato che sia scomparso il collo, condizione alla quale accennò nel 1888 Barnes non per praticare lo scollamento, ma per l'introduzione dei sacchetti. Una volta ottenuto anche il distacco periferico della placenta non può cessare il conflitto fra il segmento inferiore dell'utero e il segmento inferiore dell'uovo, epperciò colle nuovi contrazioni si avranno nuovi distacchi nella parte di placenta rimasta aderente e coi nuovi distacchi si avranno indubbiamente nuove emorragie. Rispetto al feto poi, se la placenta è centrale, darà press'a poco gli stessi risultati della pratica di Simpson. Non ultime si imporranno le difficoltà dell'uso dei sacchetti che esigono manovre speciali e perdita di tempo. (Guzzoni) (2).

Specialmente gli ostetrici inglesi ed americani hanno conceduto favore al procedimento, del quale tuttavia, come Barnes, non si valgono in modo esclusivo, concedendo in certi casi buona parte al tampone e alla rottura delle membrane.

In Italia spetta al prof. Chiarleoni l'aver divulgato il metodo di Barnes.

Egli, rifiutato il parto prematuro prima della comparsa della emorragia non solo, ma anche quando una o più perdite si sono manifestate e terminate senza dar luogo a contrazioni dell'utero e le condizioni della partoriente si mantengono discrete, e rifiutato pure il parto forzato nell'interesse della madre e del feto, a contrazioni e perdita in corso reputa doveroso di facilitare e sollecitare il più possibile il parto. A questo scopo si attiene alla rottura del sacco amniotico, *al distacco*

---

(1) Auvard. Loco cit., pag. 72.

(2) Guzzoni. Lav. cit., pag. 753.

della placenta per quel tanto possibile, al tampone cervicale o vaginale mediante i sacchetti di Barnes o un pessario di Garriel o il colpeurynter di Braun, la amministrazione interna della segale cornuta, la versione o il forcipe. L'uno o l'altro o più insieme di questi mezzi vengono impiegati sempre in relazione alle condizioni del collo ed orifizio dell'utero. E così in principio di travaglio mette costantemente a profitto il metodo di Barnes con o senza la rottura del sacco amniotico, lasciando indi il travaglio alla natura e sorvegliando attentamente (1).

Il valore di tale metodo, quando si voglia invocare l'autorità del prof. Chiarleoni in appoggio, dai lavori riferiti appare però in un unico caso sui quindici.

Concesse favore condizionato al metodo di Barnes anche il professore Mangiagalli (2): col metodo di Barnes, egli scrive, si ha il vantaggio certamente reale di convertire, per così dire, in una sola tante emorragie successive. Le condizioni, che in determinati casi di presentazione di vertice contribuiscono vantaggiosamente al successo anche per Mangiagalli sono, oltre al distacco, la rottura del sacco e lo stimolo dell'utero per promuovere la contrazione uterina.

Per una certa analogia col metodo di Barnes, analogia che emana dai concetti generali già espressi dal Trinchinetti, nei quali, come abbiam visto, a detta di Corradi, si compendiavano i processi di Simpson, di Barnes, di Cohen o di Credè, accenniamo al metodo di questi ultimi. Essi consigliavano di convertire una placenta previa centrale in laterale, scollando la placenta ove è meno aderente, rompendo le membrane e tirando in vagina il lembo di placenta distaccato. Questa pratica, secondo Guzzoni, colle nuove risorse operatorie non è conveniente; tanto più colla eventuale concomitanza di pulsazioni trasversali del feto così frequente nella placenta previa centrale, e che per caso non fosse stata diagnosticata. Si sarebbe in ben tristi condizioni quando, fallito il rivolgimento con manovre interne-esterne, o non essendo sufficiente la dilatazione pel rivolgimento interno, avessimo intrapreso quelle manovre (3).

---

(1) CHIARLEONI. « Il distacco parziale della placenta nei casi di ectopia placentare. » Milano, 1881, e « La pratica ostetrica nel servizio di Santa Corona. » Milano, 1882, pag. 13 e 14.

(2) MANGIAGALLI. « Il quinquennio » cit., pag. 241-42.

(3) GUZZONI. Lavoro cit., pag. 754.

Prima di procedere oltre, poichè il luogo pare ci presti l'opportunità, dobbiamo tenere in debito conto la parte attribuita ai sacchetti come mezzi emostatici, ma più di tutto come dilatatori della bocca uterina, per aprire la via ad altre manovre nella estrazione del feto.

Mac-Lean nel 1886 (1), scriveva: « Ho inteso saranno 20 anni uno « dei più brillanti ostetrici dire: il pratico che volontariamente tra- « scura di munirsi dei dilatatori di Barnes manca al proprio dovere in « faccia ai suoi clienti; ed io devo farmi l'umile eco delle sue parole, « poichè, malgrado la mia breve esperienza, ho già visto molte esistenze « messe in pericolo solo per la mancanza di questi apparecchi tanto « semplici. »

Ma le difficoltà che pratici anche molto abili hanno talvolta incontrato per mantenerli in sito, spingono l'autore a perfezionarli, punto curando la vantata semplicità.

Mac-Lean propose un dilatatore proprio composto di due saccoccie isolate ma strettamente unite e comunicanti rispettivamente con un tubo distinto. Si possono gonfiare separatamente e vengono portate in sito col mezzo di una pinza. Ci mancano dati per dire dei vantaggi o meno che essi presentano.

Hubert de Lovain richiamò in onore l'apparecchio di Chassagny, il doppio pallone, che secondo Auvard (2) teoricamente e praticamente sarebbe inferiore ai sacchetti di Barnes. Proposto all'Accademia Reale di Medicina del Belgio nel 1887 vi ottenne il favore di quasi tutti gli ostetrici.

In dieci casi di placenta previa l'emorragia è stata dominata sempre istantaneamente e la scomparsa e dilatazione del collo si ebbero con una rapidità ed una innocuità fin qui senza esempio (3).

In modificazione dell'eccitatore di Tarnier a scopo emostatico e come mezzo dilatante, Champetier de Ribes nel 1888 (4), propose i suoi palloni. Hanno una forma allungata di 10-12 cent. di altezza, uniti ad un tubo di 1 cent. di diametro e di 20 cent. di lunghezza; un rubinetto

---

(1) Mac-Lean. « The menagement of placenta praevia » in *Annales de Gynécol.*

(2) Auvard. Loco cit., pag. 62.

(3) Vedi Dylion, tesi cit., pag. 71.

(4) Champetier de Ribes. *Annales de Gyn.*, tom. XXX, 1888, pag. 401.

è fissato sul tragitto del tubo. Le loro dimensioni nella parte più larga variano da 24-25 cent. a 30-32.

Pinard specialmente, stando a quanto è riferito da Jouve che dà tutti i dettagli intorno all'impiego, se ne serve vantaggiosamente. In *sette* volte in cui venne applicato avrebbe dato *sette* successi (1).

Con questi apparecchi si collega la pratica di Greenhalg, che, con un istrumento quasi simile a quello di Braun, lottava contro le emorragie, nel tempo stesso in cui affrettava la contrazione uterina per interrompere la gravidanza: pratica invalsa specialmente in Inghilterra e negli Stati Uniti, cui vennero per la dilatazione del collo utilmente aggiunti i sacchetti di Barnes, la spugna preparata...., ecc.

Parto prematuro provocato.

Alla quistione riproposta da Auvard (2) e contro la quale il professor Chiarleoni aveva ripetutamente espresso il suo sfavorevole avviso (3) se, *accertata la diagnosi di placenta previa, non convenga negli ultimi tre mesi della gravidanza, in assenza ancora dell'emorragia interromperla,* credette rispondere affermativamente Murphy di Sunderland al Congresso internazionale di Berlino del 1890, basando le sue convinzioni sulla grande mortalità dei feti, sulle scarse probabilità che alla sopravvivenza portano dalla nascita e sui pericoli che l'aspettazione, coll'impiego di eventuali interventi, induce sulle vite delle donne.

(Continua).

---

(1) Jouve. Tesi cit., pag. 74.

(2) Auvard. Loco citato, pag. 651.

(3) Consulta i lavori citati del prof. Chiarleoni.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. L. Mangiagalli.

DOTT. CARLO DECIO

LA CORRENTE GALVANICA
nella cura dei fibro-miomi dell'utero

(Continuazione, vedi pag. 234).

INDICAZIONI E TECNICA OPERATIVA.

Nella elettroterapia ginecologica è di massima importanza il diagnostico e tale importanza è intimamente legata ad alcune controindicazioni della applicazione della corrente.

L'Apostoli insiste sulla perfetta conoscenza di una collezione cistica, semplice od infiammatoria, suppurata od ematica, uterina o periuterina, affezione che talora può essere confusa coi miomi, e confessa un proprio errore diagnostico, in cui avendo preso una cisti ovarica per un fibroma, l'esito fu letale. Casi congeneri essendo stati registrati da altri (Terrillon, Graily-Hewitt), porsero argomento a coloro che sono poco propensi verso il metodo, per divulgare che l'elettricità non è affatto un agente innocuo; ma confessiamolo, quale è quella terapia che usata malamente non produce funesti risultati? E d'altra parte quale è quel metodo che è affatto intaccabile da critica?

Chi fosse vago di vedere una dettagliata esposizione delle indicazioni consulti la pubblicazione dello Chévrier (1), del quale piacemi ri-

(1) Loco citato.

portare queste tre conclusioni che emergono da precetti talora discordanti di vari autori, precetti da seguire nella elettroterapia diretta alla cura dei fibromi uterini:

1.° *I fibromi non cistici, sottomucosi, interstiziali, sottosierosi, sono passibili del metodo Apostoli = galvano-caustica chimica intrauterina, galvano-puntura a seconda dei casi.*

2.° *I fibromi peduncolati intra-addominali od intra-uterini devono essere cancellati dalla categoria dei tumori galvanizzabili.*

3.° *Ogni lesione degli annessi controindica formalmente il trattamento elettrico.*

Ma benchè il metodo Apostoli debba avere le sue giuste linee di confine, non credo si possa dire come fa lo Chevrier « *che l' astensione dal metodo si impone formalmente nel 75 0/0 dei casi;* » perchè se le lesioni degli annessi (come egli vorrebbe) entrano per sè sole pel 50 0/0 nella controindicazione, si può rispondere, che un tale procento, desunto dalle statistiche di Popow di Strasburgo, contiene per la massima parte delle alterazioni sclerotiche e microcistiche delle ovaie, per le quali la corrente galvanica non potrebbe produrre alcun danno e costituire una controindicazione.

Inoltre non condivido le sue opinioni riguardo quei casi in cui vorrebbe controindicato il trattamento elettrico per lo stato di cachessia della donna, *épuisée par de fréquentes hémorragies, ou portant une tumeur d'un très gros volume rammollie par le fait de l'asthénie générale, ou sous l'influence d'une cause locale....* anzi in tali casi appunto noi troveremo nella corrente un mezzo palliativo, che pel momento sarà di grandissima risorsa, come quello che potrà dar tregua ai fenomeni minacciosi e permettere alla donna di ridursi in uno stato tale da essere esposta con minori pericoli ad un intervento radicale, che potrebbe fallirci se con soverchia improntitudine intrapreso.

A ragione l'Apostoli disse che la elettroterapia e la chirurgia *doivent vivre côte à côte et se prêter un mutuel appui;* ed in tal senso si comprende benissimo la nota dichiarazione di Keith (1) nella più esatta interpretazione.

---

(1) *British Med. Journ.*, 10 Decemb. 1887.

Del rimanente anche Rohé (1), che è ben lungi dall'essere partigiano dell'impiego esclusivo del metodo Apostoli, è d'avviso che bisogna accordare la preferenza alla galvanizzazione intrauterina in quei casi in cui il fibroma voluminoso ostruisca il bacino, determinando evidenti dolori e fenomeni di compressione e profuse emorragie. In tali casi, egli dice, il trattamento elettrico continuato per 2 o 3 mesi può evitare alla malata una grave operazione, che minaccia la vita e metterla in grado di condurre una esistenza sopportabile, senza per altro assicurare la guarigione; e Gautier (2) così esprime il proprio avviso: *la lenteur d'action de cette thérapeutique est, je crois la meilleure justification,* convenendo che nella azione emostatica, che favorisce il rapido ristabilirsi della malata, risiede la condizione che permette al chirurgo di scegliere il momento più propizio per il proprio intervento.

Prima però di addentrarmi a parlare della tecnica, voglio richiamare alla attenzione la qualità del polo che deve essere introdotto nell'utero ovvero della indicazione dei poli ed elettrodi da impiegare.

Il polo + è usato come astringente, caustico, emostatico e per eccitare contrazioni, il — spiegherebbe soltanto l'azione elettrolittica propriamente detta, agirebbe come derivativo ed aumenterebbe l'osmosi.

Gli elettrodi metallici se sono adoperati col polo attivo esercitano uno stimolo e controstimolo diretto, perchè esplicano una azione caustica secondaria alla azione chimica ed elettrolitica.

Gli elettrodi non metallici, come poli attivi, agiscono in profondità sui nervi, e si adoperano per ottenere una azione calmante sedativa, per rianimare le funzioni ed il riassorbimento. Non hanno grande effetto caustico, essendo l'azione chimica ridotta al minimo.

Il polo + come attivo si usa nelle emorragie, e quando si voglia esercitare un forte stimolo sui nervi e muscoli.

Il polo — come attivo si usa per ottenere il rimpiccolimento e la scomparsa di neoplasmi e per dissipare i prodotti di flogosi diffuse.

Come in ogni operazione che si eseguisce sui genitali, l'antisepsi deve essere mira delle nostre cure principali; ogni cateterismo uterino è innocuo ogni volta che il catetere sia asettico.

---

(1) « Trattamento dei fibromi uterini. » *The Times and Register,* 22 Novemb. 1890.

(2) Gautier, *Revue d'Electrothérapie,* Décembre 1890, p. 141.

A seconda della composizione degli eccitatori daremo la preferenza ad uno o ad altro dei vari metodi di sterilizzazione che le discipline antisettiche ci additano, nè si dimenticherà la antisepsi delle mani dell'operatore, non che quella della vagina.

La vagina sarà fatta segno prima e dopo ogni applicazione di accurata disinfezione con soluzione di sublimato corrosivo all'uno per mille. Si abbia cura di far uscire dalla vagina tutta la soluzione, altrimenti la presenza del sublimato nuocerebbe agli elettrodi d'oro.

Ho già accennato alla opinione di Brivois sulla antisepsi, allora-quando parlai dell'azione polare della corrente.

Lo Schoeffer (1) opina che siasi esagerato sulla esigenza della antisepsi ed è proclive a credere che gli accidenti spiacevoli che talora, benchè raramente accadono, sono da riferirsi più al fatto del traumatismo uterino, che alla presenza di microorganismi. Ciò in base agli studi di Winter in rapporto all'infezione dell'utero all'infuori del periodo della gravidanza. Opina poi che la preesistenza di una forma perimetritica sconosciuta possa dar luogo ad esacerbazione dei fenomeni, astrazion fatta dall'elemento infettivo, ed in prova di ciò adduce l'esempio delle iniezioni endouterine di tintura di jodio, le quali, benchè capaci di energico potere antisettico, pure talvolta danno luogo a non lievi fenomeni di risentimento peritoneale. Ma le cause di questi accidenti possono trovare ben altre spiegazioni, e resta sempre un assioma che un cateterismo uterino in utero normale può dar luogo a flogosi se il catetere è infetto.

Piuttosto l'azione antisettica prodotta dalla elettrolisi ai due poli, dimostrata anche sperimentalmente dall'Apostoli e Laquerrière (2), potrebbe essere invocata a sostegno della esagerazione della antisepsi preventiva, dal momento che *inesorabilmente* ed indipendentemente dalla volontà dell'operatore, una energica azione antisettica insorge ai poli al passaggio della corrente di alta intensità.

Ma, come vedremo a proposito della tecnica della introduzione della sonda nella cavità uterina, io sono convinto che l'antisepsi della vagina deva essere scrupolosamente eseguita, non solo, ma anche quella degli

---

(1) Loco citato.

(2) Apostoli e Laquerrière, *Revue internat. d'Elettr.*

elettrodi, ed in ispecial modo se si usano di carbone, e se tra una seduta e l'altra rimangono in riposo per qualche giorno. Poichè in allora nelle anfrattuosità del minerale colmate di muco, possono aver luogo delle vere colture microbiche capaci di essere innestate nelle più intime vie genitali, o depositate sul tragitto che deve percorrere la sonda per entrare in cavità, tragitto sul quale l'azione chimica non ha luogo successivamente. Oltre a ciò noi non sappiamo preventivamente se potremo raggiungere l'intensità voluta per ottenere l'asepsi, e però sarà sempre consigliabile l'antisepsi preventiva.

Un'altra precauzione su cui giova insistere, si è quella di accertarsi che l'apparecchio funzioni a dovere, che non vi siano rotture dei fili, che la creta sia umida, onde evitare delle interruzioni della corrente, che riescono spiacevoli all'ammalata, ma che sono punto pericolose, come si è scritto più di una volta da parecchi. Una paziente staccò colle proprie mani il reoforo del piastrone di creta allorchè la corrente segnava al galvanometro 200 milliampères, ne seguì una scossa vivace, accompagnata da un grido della paziente, ma un grido di sorpresa, non già di dolore, e di subito essa volle riprendere la interrotta applicazione. Suarez de Mendoza (1) pur esso fu testimonio di simile accidente in 2 sue malate, le quali nulla ebbero a soffrirne. Egli dice che la sonda fu lanciata nel mezzo della camera all' atto della interruzione della corrente. Io non so comprendere questo dettaglio!

Riguardo a convincere l'ammalata della semplicità ed innocuità del processo, ci regoleremo a seconda della timidità dei soggetti; raccomanderemo però la quiete assoluta durante la applicazione, per qualunque sensazione che la paziente possa eventualmente provare. Sarà meglio che la paziente abbia l' intestino e la vescica vuoti, giacchè in allora le manovre del cateterismo riescono più facili e più spedite.

La paziente toltosi il busto e slacciate le vesti piglierà la posizione dorso-pelvica classica sul tavolo da operazione, sporgendo alquanto le natiche oltre il margine del letto stesso. L'Apostoli, come si legge nella tesi del Carlet e nella monografia di M.lle Felicia Jakubowska suole incominciare l'operazione applicando la focaccia di terra creta sull'addome. Così fa anche Temesvàry. Se la pelle presenta qualche lesione la si

(1) « Du traitement des fibromes utérins » *Revue internationale d'Electroter.*, septembre 1891, N. 2.

protegge o con cerotto o con collodion Io invece preferisco sempre incominciare dal cateterismo per non pochi motivi, che ora verrò esponendo. Intanto quali sono i vantaggi nell' applicare prima l' elettrodo addominale? L'Apostoli ed i suoi imitatori dicono che così facendo, le pareti addominali si inumidiscono profondamente, e la focaccia di creta si modella in ogni minima scabrezza, starei per dire, in ogni poro cutaneo, in modo da renderne assoluto il contatto.

Ciò sta bene, io adoperai assai di rado la focaccia nella maglia di garza, come suole l'Apostoli, ma anche nei pochi casi in cui ricorsi ad essa, introdussi sempre prima il catetere. Ecco il perchè: nelle manovre della introduzione della sonda nella cavità uterina, occorre non di rado che, sorpassato l'orificio esterno ed il canale cervicale, siavi bisogno di spostare, di sollevare per così dire il tumore colla mano sinistra, onde aver campo di far penetrare la sonda fino alla profondità del cavo uterino, manovra questa che sarebbe assai ostacolata, volta che la focaccia di creta fosse previamente adagiata sul ventre.

Inoltre, siccome non sempre possiamo avere a nostra disposizione un aiuto cui affidare l'applicazione della creta, parmi cosa assai più logica riserbarci l'insudiciamento delle mani allorchè queste non debbono più venire in contatto cogli istrumenti destinati ad essere introdotti nell'utero. Pertanto io, di regola, faccio prima l'introduzione della sonda, anche adoperando una focaccia di creta rivestita di sottile pelle di camoscio, perchè in tal guisa ripeto, mi riescono comode le eventuali manovre combinate. Ed anche per ciò che riguarda il cateterismo, io credo che non si possono dare delle norme assolute, dovendoci regolare a seconda dei casi. La sede e la forma di taluni neoplasmi fibrosi dell'utero ne deformano siffattamente la configurazione, e conseguentemente il tragitto del canal cervicale e della intiera cavità, sì che non sempre è agevole lo introdurre la sonda sulla scorta del dito come vorrebbe l'Apostoli. Si ha un bel dire *pas de speculum,* ma in certi casi il volerlo bandire, equivale a crearsi delle difficoltà presso che insormontabili; tanto più tenendo conto degli altri elementi, che secondo l'Apostoli dovrebbero servire di base per un buon cateterismo, cioè a dire *douceur extrême, jamais de violence.* Ammetto che non si deve usare lo speculum per il solo scopo di guidare colla vista la sonda attraverso l'orificio; colui che per poco abbia esercitata la ginecologia, non troverà certo

difficile il cateterismo sulla scorta del dito. Ma supponiamo il caso che penetrato per un centimetro il catetere, questo si arresti, e non si riesca a vincere l'ostacolo con modica pressione, vuoi per una flessione dell'utero, vuoi per un restringimento dell'orificio interno, dovremo proprio noi per questo, dopo vani tentativi, rimandare l'operazione ad un altro momento come fa il Temesvàry, oppure come consiglia M.lle Jakubowska arrestarci all'ostacolo, e dimettendo il pensiero di far progredire la sonda in cavità, limitarci ad una applicazione cervicale? Gautier (1) è meno rigoroso circa l'uso dello speculum, pure scrivendo che esso è nocivo. Per conto mio credo che il rimandare l'operazione, confidando sopra ulteriori tentativi, non ci dà la certezza di riuscire in un secondo tempo là ove fallirono le prime manovre, e le applicazioni endocervicali oltre che possono lasciare dei postumi cicatriziali spiacevoli, sono ben lungi dal concordare coi precetti del dott. Apostoli, di cui si legge:

D'un mot, pour bien affirmer ma base d'opération je dirai qu'il est toujours intra-utérine.

Io d'ordinario faccio l'introduzione della sonda sulla scorta del dito, ma allorchè un utero abbia il canale cervicale deformato, tortuoso, o per restringimento del canale stesso, o per ragioni di flessioni, causate dalla presenza del fibroma, in allora ricorro assai volontieri allo speculum, ed anche in parecchie sedute successive sopra di una medesima donna. Applico lo speculum di Simon ed il divaricatore della parete vaginale anteriore; ma ciò non basta, afferro con una pinza di Schröeder il labbro anteriore del collo dell'utero; levo il divaricatore suddetto, e traendo con modica forza, riesco di solito con grande facilità a far penetrare la sonda nella cavità uterina, togliendo così le eventuali flessioni. Davvero non so comprendere ciò che afferma il Brivois (2), che cioè lo speculum imbarazzi e renda il canale uterino tortuoso, ristretto, e la introduzione della sonda impossibile. A me sembra proprio potersi dire il contrario. Certo che la esplorazione combinata praticata antecedentemente mi è di guida nell'agevolare la introduzione della sonda, ora dirigendone la concavità allo innanzi ed ora all'indietro; e là ove la esplorazione digitale non mi lascia certezza sulla giacitura dell'utero,

---

(1) « Le courant continu en Gynécologie, » 1890.

(2) Loco citato, pag. 110.

vi supplisco con un sondaggio esplorativo eseguito con un catetere ordinario.

Nè debbo occultare, che di grande giovamento mi riuscì sempre l'artificio di curvare la sonda elettrodo, oppure le asticine portanti i cilindri di carbone, contrariamente a quanto opina l'Apostoli.

Nei casi poi in cui il sondaggio esplorativo mi rivela una stenosi del canal cervicale, od una resistenza abnorme dell'orificio uterino interno, io non esito un istante a praticare la dilatazione progressiva col mezzo della serie di Hegar, un momento prima della applicazione della corrente. Ciò mi occorse di praticare due volte, e l'esito di tale operazione preparatoria al passaggio dell'elettrodo uterino mi corrispose perfettamente. Ben inteso anche tale dilatazione viene operata a speculum applicato ed afferrato il labbro superiore del collo dal morso delle branche di una pinza uncinata di Schröeder.

Con sonde rigide, poco o punto curve come nel caso degli eccitatori uterini di carbone, volendo penetrare in cavità ci troveremo assai imbarazzati, tanto più che ogni benchè minima violenza deve essere evitata.

Coll'uso dello speculum e della dilatazione preventiva, la massima parte degli uteri fibromatosi lascia accessibile la cavità, ed in tal guisa viene ristretta la indicazione della puntura col trequarti, metodo questo non affatto scevro di pericoli. Volendo fare a meno dello speculum, e delle dilatazioni preventive, si dà per così dire un'arma in mano a coloro i quali non sono partigiani del metodo stesso, e vedono una controindicazione appunto nelle stenosi e tortuosità del canal cervicale, nelle flessioni uterine e va dicendo.

La *galvano-puntura* vaginale può essere messa in atto quando la topografia del fibroma lo richiegga, ma ripeto in essa devesi procedere assai cautamente. Il Temesvàry, parlando della galvano-puntura, manifesta apertamente la propria opinione, e cioè che essa fra breve tempo non farà più parte della elettroterapia ginecologica. Lo stesso Apostoli che prima non esitava a fare « *une ponction rapide, hardie, vigoreuse de 5 cent. environ* » ora più non la pratica che di un mezzo centimetro; ed aggiunge il citato Temesvàry, se in quei casi, nei quali l'Apostoli usa per necessità la galvano-puntura, collo speculum e colle pinze uncinate mettesse a scoperto, e fissasse la porzione cervicale dell'utero, in ben limitato numero di ammalate ad essa ricorrerebbe.

Le norme dettate dall'Apostoli (1) sarebbero: rigorosa antisepsi, distanza di almeno 14 giorni tra una seduta e l'altra, evitare la penetrazione troppo profonda; guardarsi dal trafiggere il tumore attraverso al cul di sacco vaginale anteriore, ed in ogni modo evitare quei punti pulsanti per la presenza di arterie. Non adoperare mai lo speculum (? !) e pungere sempre la parte più proeminente del tumore. Naturalmente l'elettrodo stiliforme lanceolato uscirà dalla cannula destinata a proteggere la vagina, solo di quel tanto che deve penetrare nello spessore del tessuto. La malata deve rimanere a letto per qualche giorno, tamponata la vagina con garza jodoformica.

Georges Gautier (2) dice di praticare la galvano-puntura assai spesso nei casi di fibromi sottosierosi, contro i quali la galvano-caustica chimica intra-uterina non agirebbe che assai lentamente.

Il dott. Le Bec (3) è d'avviso che l'effetto del trattamento varia assai a seconda della struttura istologica del tumore, il quale può essere *fibrocistico* o un *mioma puro,* oppure un *fibroma molle.* Considerando poscia la prima di queste tre varietà, che egli tratta colla galvano-puntura, non esita ad erigerla a metodo terapeutico e la vanta. *C'est donc la guérison définitive.... ainsi possible que facile.* Ma la esposizione dei fenomeni veramente spaventevoli che egli descrive, mi sembra tale da farla rifiutare da qualsiasi chirurgo, ed io credo che i casi che riporta, siano da considerarsi più fortunati che saggi.

Se la cisti non è punta dal trequarti, crede che il trattamento è senza effetto, ma se il trequarti si infigge nella tasca, *il en est tout autrement,* cioè a dire il ginecologo deve aspettare una alterazione vitale e chimica del liquido, il quale rapidamente si trasforma in pus: infatti nei 3 casi da lui citati, il pus aveva odore così ammorbante, *que l'air de la chambre était infecté,* ed aggiunge che le sue pazienti presentarono i segni di una incipiente setticemia. Del risultato della cura, *le chirurgien est averti par d'autres phénomènes. La tumeur est douloureuse, la malade la sent plus grosse, la fièvre se montre, il y a perte*

---

(1) « Note complément. sur mon traitement electr. des fibromes utér. » *Gazette des Hôp.,* 25 oct. 1886.

(2) « Le courant continu en gynécologie, » 1890, chez Maloine éditeur.

(3) « Cure radicale des tumeurs fibro-cistiques utérins et traitement des tumeurs fibreuses par la méthode Apostoli. » *Revue internat. d'électrotérapie,* août 1891.

d'appétit et de sommeil, et si l'on n'y prend pas garde la septicémie fait son apparition. A parte il trattamento consecutivo, che consiste in lavacri e drenaggio aggiunge: *je n'ésite pas a conseiller cette manière de traiter les tumeurs fibrocistiques, ce qui est certement un résultat* BIEN INATTENDU DE LA MÉTHODE D'APOSTOLI.

Io non aggiungo alcuna parola a proposito di simile cura a base di setticemia!

La galvano-puntura vaginale, ripeto, non è scevra di pericoli (come pure pericolosissima è la galvano-puntura bipolare addominale di Cutter). Lo stesso Apostoli ha un caso di morte; Bröse di Berlino, Déletang, malgrado la loro fede pel trattamento elettrico, esprimono chiaramente la loro diffidenza per la galvano-puntura di cui Doléris (1) già da tempo ha enumerati gli svantaggi.

Io l'ho eseguita due volte, e le storie delle pazienti mi sembrano tanto interessanti da essere qui riportate:

OSSERVAZIONE I (della tabella riassuntiva).

Voluminoso fibroma dell'utero — galvano-puntura col polo negativo — risultato ottimo.

Agu... Angela, d'anni 53. Cucitrice, maritata, entra nel Comparto il 24 maggio 89. Nulla nell'anamnesi remota. Le mestruazioni apparvero regolarmente a 13 anni e si mantennero regolari fino ai 18, epoca nella quale cessarono completamente e definitivamente. Se non che un mese fa fu colta da viva emorragia. È nullipara. All'esame addominale si avverte una vasta tumescenza che occupa la regione sotto-ombellicale la quale a sinistra sporge dalla linea mediana, mentre che a destra si estende ad occupare tutta la fossa iliaca, offrendo una fissità quasi assoluta ed una consistenza fibrosa. La porzione vaginale del collo è molto breve e spostata a sinistra, il corpo uterino è fuso colla massa neoplastica accennata, che si spinge nella pelvi ed occupa per metà. La sonda uterina non penetra che per soli 2 centimetri.

Circonf. addomin. al bellico cent. 79, dal pube al bellico cent. 14, dal pube alla xifoide cent. 27, dalla Sp. I. A. S. S. al bellico cent. 19, dalla Sp. I. A. S. D. al bellico cent. 15.

---

(1) *Nouvelles Archives d'Obst. et Gyn.*, 1887.

La donna presenta un certo qual grado di deperimento, senza che alcuno dei singoli apparati offra alcun che di rimarchevole, la prima applicazione della corrente elettrica si pratica il giorno 19 giugno:

Giorno	Applicazione	Polo	Trequarti	Milliampères	Elementi	Durata	Osservazioni
19 giugno	1.ª	—	Trequarti di platino	110	18	5 m.	Col trequarti si pratica una breccia della profondità di 3 cent. Nessun dolore.
20 »	. .	. .	. . . .	. .	. .	. . .	Lieve perdita che cessa subito. Nessun dist. speciale.
23 »	2.ª	—	Platino	140	19	8 m.	Nei dì successivi lieve perdita sanguigna che cessa coll' Hydrastis.
28 »	3.ª	+	Carbone	200	34	5 m.	Disturbi dispeptici e lieve perdita rossigna. Hydrastis.
7 luglio	4.ª	+	»	200	44	»	Perdite cessate, il tumore pare diminuisca. Scarsa quantità di peptoni si rinviene nella orina.
14 »	5.ª	+	»	200	44	»	Fino al 22 *nil novi.*
22 »	6.ª	—	»	200	50	»	—
29 »	7.ª	+	»	160	44	»	—
5 agosto	8.ª	—	Platino	180	50	»	L'ammal. è contenta del suo stato, può camminare liberam. Cessata ogni perdita.
8 »	9.ª	—	»	110	28	8 m.	Lieve perdita rossa.
13 »	10.ª	+	»	100	34	5 m.	Persiste la perdita rossa.
17 »	. .	. .	. . . .	. .	. .	. . .	Il tumore pare ridotto ad un terzo, ed invece di essere fisso nella fossa iliaca destra si è reso assai più mobile.
23 »	11.ª	—	Platino	160	32	5 m.	—
29 »	12.ª	+	»	80	40	. . .	La macchina funziona male.
3 sett.	13.ª	+	»	?	40	5 m.	La corrente non passa.
14 »	14.ª	+	»	100	50	»	—
19 »	15.ª	+	»	100	30	»	—
29 »	16.ª	+	»	160	34	»	La sonda penetrò per 5 centimetri e 1[2.

Le ricerche dei peptoni in questa ammalata non furono costanti nè si fecero subito sul principio della cura.

Infatti la prima ricerca venne istituita il dì susseguente alla 4.ª seduta elettrolitica. Il reperto gentilmente favorito dall'egregio collega ed amico dott. Segrè (N. 2216 del protocollo Analisi Uroscopiche), dice: peptoni *poca quantità.*

Soltanto dopo la 6.ª seduta, le ricerche vennero istituite quotidianamente per lo spazio di diciotto giorni, nei quali si fecero tre applicazioni della corrente, ed ecco il risultato:

Luglio	22	ore 8 1[2 mattina 6.ª seduta, orine cavate alle 5 pom., reazione negativa.
	23	traccie.
	24	assenza.
	25	traccie.
	26	traccie.
	27	traccie.
	28	traccie.
	29	traccie lievissime, alle ore 5 pom., 7.ª seduta.
	30	traccie.
	31	assenza.
Agosto	1	discreta quantità.
	2	discreta quantità.
	3	discreta quantità, alle ore 8 ant., 8.ª seduta.
	4	discreta quantità.
	5	discreta quantità.
	6	scarsissima.
	7	traccie.
	8	. . . . .
	9	scarsissima.

Addì 29 settembre 1889 fu sospesa la cura. Le condizioni erano ottime.

Nel 1890 in aprile avvertì per la prima volta perdita piuttosto abbondante. Nel corso del maggio, giugno, luglio ed agosto si praticarono ancora 15 sedute positive, toccando sempre in media i 200 milliampères, sempre coll' elettrodo di platino, e l' effetto emostatico fu ottimo, e la riduzione notevole. La sonda poteva penetrare per 8 cent., si sospende la cura.

Addì 30 dicembre 1890 da me invitata a farsi vedere, si presentava all'ambulatorio, ove il prof. Mangiagalli constatava le condizioni generali

notevolmente migliorate, ed il tumore che si manteneva in uno stato di riduzione. Da 5 mesi nessuna perdita.

Addì 24 febbraio 1891 nessuna perdita, il tumore è mobile peduncolato, non accenna ad aumentare.

Questa osservazione è interessante sotto parecchi punti di vista che accenno sommariamente:

I. La galvano-puntura fu eseguita senza narcosi cloroformica e riuscì tollerata.

II. Le perdite sanguigne cessarono dopo la 4.ª seduta, in cui già il tumore era alquanto diminuito.

III. La peptonuria fu palese.

IV. La recidiva della perdita, avvenuta 6 mesi dopo la cura, fu di subito frenata, e fino a tutt'oggi la donna si mantiene in ottime condizioni.

Osservazione 39.ª (della tabella riassuntiva).

Fibromi multipli del corpo e del collo, quelli del corpo sottosierosi ed interstiziali, quelli del collo comprendenti la porzione infravaginale.

Alb... Giuditta, d'anni 40, contadina, maritata, entra in Comparto il 24 novembre 1890. Nessuna malattia pregressa. A 15 anni la prima mestruazione, e non è ancora nella menopausa; le regole appaiono sempre ad epoche normali.

È Vpara, l'ultimo parto nel 1888: d'allora esordì una tumescenza addominale che andò mano mano aumentando, non ebbe mai febbre. Da soli 13 giorni ha dolori vivi all'addome. Disuria, stranguria.

Nulla di speciale merita di essere notato riguardo l'esame generale, se si eccettua un notevole deperimento di tutta la persona. *Esame addominale:* l'addome è disteso come in una gravidanza alla fine dell'8.º mese per una massa irregolare bernoccoluta, in cui primeggiano 4 grandi masse della grandezza circa di una testa fetale. Il complesso del tumore è fisso ed assai più voluminoso verso l'alto; discende però nella pelvi di cui occupa tutto l'ingresso, la cicatrice ombellicale è appianata, e molta elevata rispetto al pube e spostata a destra della linea mediana. Dal pube al bellico 24 cent.; al fondo del tumore 30 cent.; all'apofisi ensiforme 35; alla S. I. S. A. al bellico cent. 23, dalle S. I. D. A. al bellico 19. *Coll'esame combinato digito-addomino-vaginale* si trova lo scavo occupato da una grande massa dura, sferica, resistente che lo ingombra

totalmente. Il fornice vaginale anteriore e laterale destro è spinto molto in basso, mentre quello di sinistra è molto elevato; spingendo il dito molto in alto si riesce a raggiungere l'orificio uterino esterno, scavato, per così dire nel segmento uterino inferiore, non essendovi assolutamente traccia di porzione vaginale del collo. Detto orificio è delimitato posteriormente ed a destra dalla tumescenza penetrante nello scavo. La vescica è stirata molto in alto ed a sinistra della linea mediana. Cateterismo uterino cent. 10.

1.ª Seduta il giorno 28 novembre. Colla sonda di platino si pratica la 1.ª seduta elettrolittica. Si raggiungono 200 milliapères, la applicazione è bene tollerata.

Nessun fenomeno nei giorni consecutivi.

2.ª Seduta il giorno 2 dicembre. Nell'intento di agire direttamente sulla massa pescante nello scavo, pratico la *galvano-puntura positiva*, penetrazione della lancia di platino 1 cent. Si raggiungono 175 milliampères, e durante l'applicazione della corrente, che è sopportata con lievissime sofferenze, non vi ha perdita alcuna, ma questa si inizia non appena viene tolto l'ago dalla breccia. La donna è tamponata con garza jodoformica.

Nulla di nuovo nei giorni consecutivi. Esame delle orine, negativo riguardo alla peptonuria.

3.ª Seduta il giorno 6. Levati i tamponi il luogo della trasfissione presentasi come un punto duro, nè vi è traccia di foro residuo, per cui si desiste da ulteriori tentativi, e si fa *galvano-caustica chimica endouterina* colla sonda di carbone toccando i 200 milliampères col polo —.

Il giorno 9 viene in iscena un brivido con risalto termico di 39. 1, non sudori, non dolori di ventre, anzi la paziente si loda della scomparsa dei dolori che soffriva antecedentemente.

4.ª Seduta il giorno 12. Ritornata l'apiressia si pratica un'altra galvano-caustica chimica negativa intrauterina, raggiungendo solo 100 milliampères.

5.ª Seduta il giorno 17. Idem, 175 milliampères. A partire da tale epoca si notarono quotidiane elevazioni termiche a sera fino a toccare un massimo di 39.5; e così si arrivò fino al 2 gennaio 1891, in cui dalla vagina la donna perdette circa un litro di un liquame tenue di colore giallastro, contenente frastagli neri simili a residui di materie fecali. Detto liquido aveva l'odore che ricordava quello dei pesci fracidi; si praticarono lavature vaginali. Evidentemente il liquido proveniva dalla breccia della galvano-puntura e tre furono le ipotesi che si fecero sulla sua genesi; e cioè quella di un fibroma caduto in isfacelo, e che avesse provocato intorno a sè un processo suppurativo, quello di un piosalpinge complicante i fibromi, e quello infine di un antico sacco di gravidanza

extrauterina forse causata dai fibromi stessi e poi complicatasi con essa. Allo scopo di chiarire il significato della perdita si chiese l'esame del liquido al microscopio, ed il reperto fece propendere verso l'ultima delle cennate ipotesi essendosi riscontrati elementi del tutto simili a villi coriali assai deperiti.

Il giorno 7 gennaio il prof. Mangiagalli procedeva alla laparotomia.

Alcuni fibromi sviluppati nel corpo erano sottosierosi ed interstiziali, mentre altri sviluppati nel cellulare pelvico erano in intimo rapporto col retto, cogli ureteri, colla vescica e aderenti alla volta vaginale ove eravi il seno fistoloso prodotto dalla galvano puntura, nessun tumore era di natura fibrocistica. Laboriosissimo fu lo snucleamento dei tumori sviluppati nel cellulare. La vescica sofferse una soluzione di continuo, che venne riparata mediante sutura, e il peduncolo fu affondato. Questo era costituito esclusivamente dai legamenti larghi, essendo stato l'utero esportato in totalità coi fibromi di cui era sede.

Uno dei grossi fibromi interstiziali corrispondente all'alto della massa e perciò per nulla affatto in rapporto colla zona trafitta dal trequarti era in preda a processo necrobiotico e le parti sottostanti confinanti col segmento trafitto dalla galvano-puntura non erano alterate.

L'osservazione mi sembra importante poichè è dubbio se la galvanopuntura possa essere stata la causa dello sfacelo di una delle masse. In ogni modo però la morte non è addebitabile all'intervento elettrico.

* * *

Ma ritorniamo alla tecnica operatoria. Allorchè la paziente sarà preparata secondo i vari modi anzidetti, e cioè allorchè avrà nella cavità uterina l'elettrodo di elezione e sull'addome la piastra di creta, conviene fissare i reofori partenti dalla batteria, ponendo mente alla loro denominazione a seconda che si voglia praticare una galvanocaustica positiva o negativa. Il nome si legge al serrafilo segnato + o —, sarà bene che i due reofori abbiano un colore diverso allo scopo di riconoscere più facilmente l'uno dall'altro. Badisi che le loro estremità non siano ossidate e che siano ben fisse nei rispettivi serrafili, a proposito dei quali ripeto che sono sempre preferibili i serrafili colla vite a pressione in grazia di maggiore sicurezza. Badisi inoltre che la manovella del collettore sia sullo zero. L'Apostoli raccomanda di far porre a piatto le mani della donna sulla focaccia di terra creta ricoperta da un panno o da una salvietta, allo scopo di modellarla ancora di più sulle salienze addominali, ma oltre a

ciò si dica chiaramente alla operanda di guardarsi bene dallo smuoverla per qualunque sensazione essa possa avvertire, e, continua l'elettricista parigino, « *ne commencer à débiter le courant, que lorsque toute douleur, toute sensibilité resultant du passage de la sonde aura totalment disparue.* »

Di rado assai mi occorse di verificare non dirò una dolorabilità, *ma pur anco la sensibilità molesta dovuta al passaggio della sonda,* ed allorquando ho praticata la dilatazione preventiva alla Hegar, in cui realmente la malata prova delle molestie, di subito ho fatto passare la corrente, senza che per questo il dolore si riesacerbasse. La corrente è bene sia incominciata lentamente girando la manovella del collettore adagio adagio, e così progressivamente mettere in attività un numero crescente di elementi. È vero che se la paziente mostra manifesti segni di insofferenza conviene diminuire la intensità della corrente, ma non bisogna prestar troppa fede a quanto viene riferito, altrimenti non si potrebbero sempre raggiungere le intensità volute, e si darebbe ragione a coloro che dicono il galvanometro sia inutile, dal momento che l'operatore deve regolarsi sulla dolorabilità. Anzi, io di solito, in ammalate che già ho sottoposto al trattamento parecchie volte, sono solito raggiungere in brevissimo tempo la intensità che credo opportuna, e se la paziente si lamenta, in modo non esagerato, invece di diminuire la intensità della corrente, l'aumento per uno o per due secondi, per ritornare tosto a quel grado che poco avanti non aveva tollerato. In tal guisa si riesce a vincere la soverchia sensibilità. Del resto se anche la corrente in principio della seduta è tale da provocare dolore, è da notarsi che l'ammalata di subito vi si abitua, cosicchè trascorsi alcuni minuti si può continuare nella più perfetta calma.

Richelot, a quanto dice Chévrier, riferisce il caso di una donna che gridava ed implorava pietà; per essa ogni seduta era un vero supplizio. Io potrei dire che in talune donne avvi una tale morbosa esagerazione di sensibilità, da riuscire impossibile la sola esplorazione digito-vaginale, ma questi, per fortuna, sono casi eccezionali; solo per accapararci la fiducia della ammalata sarà bene che nella prima applicazione la corrente non venga portata oltre i 100 milliampères.

Se poi durante la seduta l'ago del galvanometro, per peculiari rarissime condizioni degli elettrodi, mostrasse a salire nella scala, sarà

nostra cura di far retrocedere la manovella del collettore fino a che l'ago sia tornato al grado voluto.

Dignat (1) istituì delle esperienze sulle variazioni d'intensità che si possano osservare in una stessa corrente galvanica, di data intensità iniziale, passante nel corpo vivo attraverso i tegumenti, ed avrebbe trovato, che ogni corrente galvanica passante per corpo vivo attraverso alla cute od alle mucose, impiega sempre un certo tempo a raggiungere la sua massima intensità, e che in generale questa, dopo aver toccato il massimo decresce, ma sopra 55 casi l'aumento della intensità iniziale fu notata solo 4 volte.

Varie, a seconda dei casi e della tolleranza, sono le intensità raggiungibili, l'Apostoli fino all'anno 1883 non aveva superato i 50-60 milliampères, nel 1884 arrivò fino a toccare i 100, ed ora si mantiene sopra intensità oscillanti dai 100 ai 150 mill.; ed al Congresso medico internazionale tenutosi a Berlino nell'anno 1890, giustificò appieno l'uso delle alte intensità, alle quali confessa di essere arrivato empiricamente, ma basandosi da un lato sulla tolleranza delle pazienti, e dall'altra sulle indicazioni cliniche. Egli crede che la intolleranza otto volte sopra dieci sia dovuta ad una lesione periferica dell'utero: lesioni degli annessi, perimetrite o parametrite ed in tali casi giustamente dà il precetto di rispettare la sensibilità eccessiva. Una sola delle mie pazienti rifiutò il trattamento per assoluta intolleranza. (Vedi osserv. 25.ª).

Durante il tempo della seduta si deve tenere la sonda in posto, in modo che essa non abbia ad uscire; ma se si impegna bene, sì che sia impossibile l'uscita spontanea, può essere abbandonata, e ciò in particolar modo allorchè si faccia uso di elettrodi che non richieggano l'uso del manico come nel caso della sonda di platino dell'Apostoli, la quale pel suo peso potrebbe trarre seco la sonda. Notisi che se la applicazione elettrica è positiva, per la natura stessa della causticazione, la sonda sia di carbone che di platino rimane come aderente ai punti di contatto, e per ciò ripeto si può abbandonarla.

Nel caso poi che si volesse assicurarne la fissità, per non essere obbligati a tenere la sonda fra le mani per tutto il tempo della seduta,

---

(1) Dignat. *Journal de Médecine* de Paris, N. 48, 49.

e non disponendo di assistenti cui affidarla, si potrà ricorrere ad un mezzo e cioè il reoforo flessibile sarà condotto fino dalla placca metallica sovrastante alla creta, e quivi potrà essere avvolto una o due volte sul serrafilo stesso.

In tal modo la sonda non potrà più sfuggire.

La durata di ogni seduta deve oscillare dai 5 ai 10 minuti, secondo sempre la gravità del male e la tolleranza della paziente, al quale riguardo io però mi permetto di osservare, che se una paziente tollera una corrente per 5 minuti non elevando la intensità della medesima, essa paziente potrà rimanere sotto l'azione elettrica anche per dieci minuti, poichè è un fatto che la dolorabilità suole diminuire dopo 1 o 2 minuti.

Non è vero che le sedute di 15 minuti non ponno essere tollerate come direbbe il Temesvàry e l'Apostoli; raggiunta la intensità richiesta l'ammalata finisce per abituarsi alla sensazione particolare di senapizzazione all'addome, e nessuna molestia è accusata. Io ho praticate parecchie sedute di un quarto d'ora senza presenziare a fatti spiacevoli, e senza che le ammalate avessero ad accusare sofferenza. Credo però che ambulatoriarmente non sia bene prolungare di troppo la durata delle sedute, dovendo le donne di subito o quasi porsi in cammino per far ritorno alle loro case.

A questo proposito piacemi notare, che per necessità, per dura necessità noi siamo obbligati a licenziare di subito le donne non appena finita la applicazione della corrente, non essendo a nostra disposizione dei letti per farle adagiare; ciò non di meno non osservai disturbi di sorta. L'Apostoli vieta alle sue operate di camminare se non un'ora dopo la seduta, e vorrebbe che esse si ponessero a letto non appena rientrate a casa. Ma ben si comprende, anche a Parigi tali prescrizioni non saranno certamente osservate da tutte le donne che frequentangli l'ambulatorio! Nella classe indigente, e nella classe operaia, l'ignoranza e bene spesso anche il bisogno ci deve fare molto indulgenti, nè chiederemo alcune minuziosità, le quali potrebbero finire col renderci ridicoli. E così dicasi anche del divieto ai contatti sessuali!!!

Nulla di positivo possiamo dire sul numero delle sedute, e ci regoleremo a seconda del risultato ottenuto; infatti non importa che il tumore sia grande o piccolo, sottomucoso, interstiziale o sottosieroso. Il più grosso fibroma (interstiziale) da me curato nella pratica privata

(Vedi osserv. 45) potè essere messo in silenzio dopo 12 sedute soltanto. L'ammalata già da due anni non ha più dolori nè perdite. Talora piccoli fibromi continuano a recare molestia ad onta delle più assidue e prolungate cure.

L'Apostoli crede che in media 20 sedute siano sufficienti ad ottenere un risultato. Il Mundè dice che il trattamento elettrico deve durare da 3 a 6 mesi, questi applicherebbe la corrente ogni due giorni.

RISULTATI OTTENUTI.

In generale il miglioramento dei sintomi può essere ottenuto in un tempo abbastanza breve, purchè la cura sia fatta regolarmente e senza interruzioni, e se talune cure si prolungano assai, di solito ciò accade per iscoraggiamento delle pazienti le quali si vorrebbero veder guarite dalla prima applicazione, o che di solo un po' alleviate delle loro sofferenze di subito si accontentano e tralasciano di frequentare i nostri ambulatori. Ciò sia detto per la pura verità non soltanto del trattamento elettrico, ma ben anche di altri generi di cura.

Il miglioramento sintomatico, ripeto, ordinariamente non si fa attendere, o per lo meno a me non fu mai palese la esagerata lentezza di azione che taluni, come ad esempio lo Chévrier, vorrebbero far credere. Parmi poi esagerato il dire che se il miglioramento di subito non si verifica, ciò basta a sfiduciare la paziente che finisce coll' abbandonare del tutto la cura.

Notisi poi, che non tutte le donne che portano un tumore fibroso si sottopongono volontieri ad una operazione chirurgica, mentre accettano volontieri e subito una cura che non vesta il carattere della operazione cruenta, e se anche gli effetti non sono immediati, pure ad onta di qualche noia preferiscono l'elettrodo al bistori.

Chévrier sempre parlando della lentezza d' azione dice che il trattamento elettrico « lascia la donna esposta ad accidenti emorragici che « ponno rendere difficile, inefficace o dannoso un intervento chirurgico « divenuto ulteriormente necessario. In seguito alle perdite, lo stato di « cachessia può sopravvenire prima che gli effetti della elettrizzazione

« abbiano avuto il tempo di manifestarsi. E questo temporeggiare poco « giustificabile, toglie alla paziente le probabilità di sbarazzarsi del tu- « more e degli accidenti, col mezzo di una operazione, il cui pronostico « è sopratutto reso cattivo, quando, pel fatto della noncuranza delle donne « o dell' ignoranza dei medici, l' intervento è troppo tardivo. In ogni « modo la castrazione, la enucleazione o l' isterectomia, danno maggiori « probabilità di guarigione alla donna quanto più essa ha forza di re- « stenza, ed in altri termini quanto più la sua salute è meno alterata « dalla antichità delle lesioni. »

Tale concetto, toccato già dall' autore a proposito delle indicazioni, come fu visto, trova colle parole esposte una più ampia esplicazione, ma simile opinione già da me contraddetta trova ora una nuova confutazione colla prova dei fatti, ed io invito il lettore a porgere uno sguardo alle osservazioni ai N. 7, 22, 32, 35, 36, in cui appunto fu il trattamento elettrico sintomatico, quello che permise una ricostituzione delle pazienti che poterono essere sottoposte alla laparotomia. Io credo che più ancora del medico sia la paziente che « *doit s'armer d'une patience qui n'a d'egale très probablement que sa peur du bistouri.* » (Chévier).

Il volere in base alla durata del trattamento elettrico stabilire un parallelo fra l'elettroterapia e gli interventi chirurgici sembrami ozioso, ma su ciò avrò campo fra breve di ritornare a proposito degli esiti che si hanno dai due trattamenti comparati. Ma se il miglioramento sintomatico suole in generale essere pronto, mi affretto a dirlo, il trattamento elettrico dei fibromi uterini non corrispose certamente appieno alle esagerate aspettative che si nutrivano per lo passato, nel senso cioè di far iscomparire il tumore. Noeggerath (1), Apostoli (2) già lo dichiararono « *Il est excessivament rare, je dirai même exceptionel de voir un fibröme disparaître entièrement sous l' influence de mon traitement.* »

Lapthorn Smith (3) crede che però ciò sia possibile allorchè il tumore è assai piccolo. Apostoli vide una diminuzione considerevole nel 95 0[0 de' suoi casi, ed in un periodo di tempo abbastanza breve, cioè

---

(1) *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1889.

(2) Vedi tesi di Carlet già citata.

(3) *Am. Journ. of Obstetr.*, 1889, pag. 801.

a dire dopo che le sue pazienti erano state sottoposte alla cura in media di 4 settimane.

Al dire di Kleinwachter, Spanton (1), Tremaine (2), il rimpicciolimento accade assai di rado, Nagel (3), Townsenden (4) ed Engelmann (5) non lo videro mai, così pure Schäeffer.

Come risulta dalla tavola delle osservazioni io la diminuzione potei ottenerla otto volte; in tre in modo evidentissimo, osserv. 1.ª, 2.ª, 8.ª; invece nella 6.ª, 7.ª, 17.ª, 19.ª, 29.ª, la riduzione fu scarsa. Riporto qui in extenso la storia del caso in cui la riduzione fu massima. Sembrandomi interessante sotto parecchi punti di vista:

Osservazione II (della tabella).

Fibromiomi multipli in parte sottosierosi e sviluppati nel cellulare dei legamenti larghi e del setto retto-vaginale — Riduzione a 2[3 di volume.

Cr... Antonia, d'anni 47, casalinga, maritata, entra nel Comparto il 24. 4. 89. I mestrui apparvero alla età di 18 anni, e fluirono sempre regolari fino a tre mesi sono. Ebbe due parti a termine normali, l'ultimo dei quali 18 anni or sono.

Interrogata dall'inizio della malattia la Cr.... riferisce che solo da un anno si accorse che il ventre si andava aumentando per una tumescenza, che sui primordi aveva il volume di una melarancia, e che era situata sulla linea mediana. In prosieguo insorsero dolori vaghi alle regioni lombari, edemi alle estremità inferiori. Non avvertì mai alcun disturbo nel mitto, *non ebbe mai metrorragie.* L'addome alla ispezione si mostra disteso da una enorme tumescenza che arriva fino all'epigastrio, più sviluppata a destra che a sinistra, sulla cui superficie scorre anteriormente un'altra tumescenza dura, del volume di una testa fetale mobile, che pare aderente ad essa per un picciuolo; fra la massa ora detta

(1) *Prov. med. journ.*, 1 sept. 1890.
(2) *Am. Journ. of Obst.*, oct. 1890.
(3) *Zeit. fur Gebur.*
(4) *Am. Journ. of Obstetr.*, 1890.
(5) *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, N. 37.

e la parte alta del tumore rilevabile all'epigastrio è interposta una regione in cui si ha risonanza timpanica, la massa principale è data da un enorme tumore interstiziale a larghissima base con maggior tendenza a svillupparsi verso il peritoneo che verso la cavità; un grosso segmento del tumore pesca posteriormente nello scavo.

All' esame digito-vaginale si trova il collo uterino portato assai in alto, in avanti ed a sinistra, la sonda uterina si dirige in alto, in avanti ed a sinistra e misura 12 centimetri.

Misurazioni:

Circonferenza addominale al bellico	Cent.	88
» » massima	»	92
Dal pube al bellico	»	17
» » alla xifoide	»	31
Dalla S. I. A. S. S. al bellico	»	19
» S. I. A. S. D. al bellico col nastro . . .	»	20
Dal pube alla parte superiore del tumore sulla linea mediana	»	15
Dal sommo della tumescenza che è sotto l'arcata costale di destra al pube, col pelvimetro . .	»	21

All'esame generale la nutrizione appare assai scaduta. Da tempo le digestioni sono difficili e l'appetito scarso. L'alvo si mantiene sempre regolare.

Nulla di rimarchevole osservasi agli organi del petto. La ottusità epatica è spostata in alto di una costa.

Itto cardiaco al 5.° spazio. I toni normali su tutti i focolai. Milza nei limiti.

Tali sono le condizioni che vengono rilevate all'ingresso nel Comparto, condizioni le quali ben presto si aggravano per un senso di dispnea accompagnato da dolore al costato sinistro, che si diffonde alla omonima spalla. Il polso segna 128 e le temperature sono di apiressia completa.

Si amministrano globuli di digitalina; il polso viene migliorandosi, ma nuovamente (18 maggio) raggiunge i 140 (apiressia). Le orine non contengono albumina. Si combatte con lievi eccoprotici l'abituale stitichezza e si mitigano i fenomeni meccanici di compressione con cure sintomatiche. In tutto questo tempo (fino al 17 giugno) non si ebbe mai alcuna metrorragia. Viste le condizioni gravi della paziente si abbandona il pensiero di una cura radicale mercè un atto operativo, e la si sottopone invece alla cura elettrica metodo Apostoli.

Ecco il diario;

Giorno	N. applicaz.	Qualità	Sonda	Elementi	Milliampères	Durata minuti	Osservazioni
17 giugno	1.ª	—	Carbone	18(?)	100	5 m.	Nessuna reazione; nei dì successivi stillicidio sanguigno, coincide forse l'epoca mestruale (?)
23 »	2.ª	—	»	19	200	»	—
30 »	3.ª	—	»	19	200	»	Nessun fenomeno.
7 luglio	4.ª	—	»	22	200	»	Prima ricerca dei peptoni. Essi si rivelano in iscarsa quantità. Migliora nelle condizioni generali.
14 »	5.ª	—	»	—	200	»	La massa del tumore è assai diminuita ed anzichè apparire unica, attraverso alle pareti addominali si ponno individualizzare 9 nodi distinti.
22 »	6.ª	—	»	36	200	»	—
29 »	7.ª	—	»	42	200	»	—
3 agosto	8.ª	—	»	50	200	6 m.	—
8 »	9.ª	—	»	50	200	5 m.	Difficili sempre le digestioni. Turbe nervose (bromuro di K.)
13 »	10.ª	—	»	44	120	»	—
23 »	11.ª	—	»	38	180	»	La massa è ridotta a 2/3 del volume, si osserva una certa quale stazionarietà. Le sofferenze accusate dalla donna sono piuttosto d'indole medica generale. Circonf. add. al bellico . . Cent. 83 » » mass. . . . » 85 Dal pube al bellico . . . » 15 » » alla xifoide . . » 20 Dalla Sp. I. A. S. S. al bellico » 19 » » » » » D. » » » 19 Dal pube al sommo della tumescenza sulla linea med. » 11
29 »	12.ª	—	»	50	160	»	—
14 sett.	13.ª	—	»	43	180	»	—

Confrontando le misure il cui rilievo venne fatto nei primi giorni con quest' ultime, di leggieri si vede una notevole diminuzione del tumore, e le stesse migliorate condizioni, che permisero alla paziente il ritorno a casa, stanno a provare il soddisfacente risultato ottenuto dalla applicazione della corrente continua.

Anche sulle orine di questa ammalata vennero praticate delle ricerche allo scopo di scoprire in esse la eventuale presenza di peptoni. La prima ricerca venne fatta il giorno 9 luglio, dopo la 4.ª applicazione della corrente (N. 2217 prot. an. orine del Laborat. Anat. Patol. dell'Ospedale) e si trovò *peptone in iscarsa quantità.*

Ma come mai in taluni casi il trattamento è efficace, mentre che in altri è affatto nullo? Non può essere invocata la mole dei tumori, poichè fra i miei casi, i migliori effetti (osserv. 1.ª, 2.ª ed 8.ª) furono in tumori che erano voluminosi, mentre discreto fu l'esito quando il fibroma costituiva un piccolo nodo.

Ciò è in perfetta contraddizione con quanto poc'anzi riferivo citando Lapthorn Smith. Pure il Nagel vorrebbe limitare la cura Apostoli nei tumori piccoli, cura che egli paragona agli altri trattamenti sintomatici.

Se dunque la mole dei tumori non sembra influire sugli effetti che noi speriamo ricavare da simile terapeutica, bisogna cercare le cause altrove.

Forse la sede? Ma le opinioni degli autori circa l' influenza che la sede del tumore può avere sulla azione della corrente costante sono assai discrepanti (1).

L' Apostoli per esempio è d' avviso che l' effetto del trattamento è assai efficace allorchè il mioma è intramurale, e che l'azione della corrente diminuisce tanto più quanto più il tumore ha sede in direzione del peritoneo. Engelmann, Baer, Richelot sono essi pure dello stesso avviso, e White e Routh negano ogni azione alla corrente se è portata a curare dei tumori sottosierosi o sottomucosi.

Per converso Parson crede che più che negli interstiziali la corrente agisca nei sottomucosi. Temesvàry afferma i migliori risultati nelle forme interstiziali e sottomucose. Chévrier non ammette l'efficacia nelle forme di fibromi sottomucosi.

---

(1) Vedi KLEINWACHTER.

L'osservazione 2.ª poc'anzi riferita può essere invocata a sostenere che anche nella varietà di fibromi sottosierosi la corrente può essere di valore, ed io, per conto mio, sono inclinato a credere, che in ogni modalità di fibromi l'elettroterapista può trovare delle grandi differenze negli effetti, e cioè si avranno ottimi, buoni, e talora nulli risultati, sia che i tumori abbiano una sede interstiziale, sottomucosa o sottosierosa.

Ciò non ostante io, per le ragioni esposte quando mi intrattenni delle azioni delle correnti sopra i tessuti, sono propenso a concedere alla elettroterapia i migliori effetti laddove l'elettricità è portata sopra le forme interstiziali. Ciò come riduzione di tumori. Nelle forme sottomucose la elettricità può giovare, ma quivi più per l'azione polare, provocando la espulsione per effetto della contrazione (Baraduc, La Torre).

Lapthorn Smit (1) parlando degli effetti, emette una opinione che sembra essere meritevole di menzione. Egli dice che l'effetto è ottenibile solo quando la neoplasia riesca attraversata dalla corrente, e vorrebbe conseguentemente applicare l'elettrodo detto indifferente, la focaccia di creta, sulla regione sacrale alloraquando la neoplasia interessasse la parete posteriore dell'utero. Io non ebbi ancora la opportunità di avere un caso di fibroma di tal sede specificata onde esperimentare il metodo, ma certo che colla applicazione utero-addominale la via percorsa dalla corrente non interessa mai le parti posteriori dell'utero. Routh, Althaus ed Apostoli stesso pure applicarono talora l' elettrodo in tal modo. Ma bisogna confessarlo, poco si conosce ancora sulle leggi di diffusione elettrica attraverso i vari tessuti dell'organismo. Si opina che il cammino percorso dalle correnti possa essere una linea retta od una linea curva a seconda della resistenza relativa del tumore e dei tessuti circonvicini; ora se il tessuto sano è meno resistente, la corrente diffondendosi in esso, poco o punto potrà influire direttamente sui tumori, i quali forse verranno solo sfiorati dalla medesima nei casi ove la topografia dei neoplasmi lasci delle zone intiere fra i due elettrodi. Ma su ciò non mi diffondo più oltre. Routh ed Engelmann credono che tumori ancora giovani si rimpiccioliscono assai più rapidamente di quelli che esistono da lungo tempo; Rutherford per converso affermerebbe tutto il contrario.

---

(1) *Brit. Gyn. Journ.*, 1888, Bd. IV.

Mundè è d'avviso che i fibromi molli sono quelli che sono più suscettibili di rimpicciolimento e pure il Temesvàry è di simile avviso.

Da queste disparate opinioni si vede chiaramente che anche la natura dei fibromi non sembra influire sul risultato della cura, riguardo sempre all'impicciolimento del tumore.

Nè va dimenticato che talune volte la corrente elettrica determinando il riassorbimento di essudati, fa sì che l'utero diventi più mobile e mostri un volume inferiore a quello che aveva precedentemente.

Per ciò che risguarda la cessazione delle emorragie i pareri degli autori sembrano più concordanti. In generale con un trattamento appropriato le emorragie si frenano, e talora cessano, ma anche quivi non si possono dare delle regole assolute e secondo la mia esperienza sembrami di poco valore l'opinione di coloro i quali vogliono vedere nella ampiezza e lunghezza della cavità uterina una causa di un mancato o poco soddisfacente effetto emostatico.

Su questo punto non insisto di più, perchè, oltre che essere cerziorato colla prova dei fatti, io mi sono già espresso alloraquando parlai della azione emostatica polare della corrente.

Nei 30 casi in cui l'indicazione della cura era data dalla emorragia i risultati emostatici ottenuti nel Comparto possono essere così riassunti:

Risultato	ottimo	casi	7 —	Oss.	1, 11, 15, 30, 35, 44, 45.
»	buono	»	13 —	»	6, 7, 9, 10, 17, 19, 20, 21, 27, 33, 34, 41, 42.
»	mediocre	»	7 —	»	28, 29, 8, 13, 22, 24, 46.
»	scarso	»	2 —	»	36, 38.
»	nullo	»	1 —	»	43.
			30		

In generale i risultati meno soddisfacenti vennero osservati in quelle donne che furono poco costanti nella cura. Mackenrodt (1), il quale non è certo un caldo fautore della elettroterapia nei miomi, è forzato ad ammettere che il trattamento Apostoli è un palliativo nelle emorragie, ma,

(1) *Zeitschr. f. Gebur.*, XXIII Band, 1892.

aggiunge, un palliativo assai modesto ed in un procento assai limitato, cioè in quelle emorragie che si lasciano altresì dominare in altri modi.

Più avanti toccando della mortalità avrò campo di ritornare sulle conclusioni di tale autore, conclusioni che io credo esagerate, per quanto basate su statistiche assai cupe.

Ciò detto sulla riduzione dei tumori e della cessazione o della diminuzione delle emorragie, debbo aggiungere che il dolore, sopra 46 osservazioni, costituì per 10 volte l'unico sintomo della affezione, fu alleviato o tolto nella quasi totalità dei casi, in cui andò di pari passo anche una sensibile diminuzione. Più volte subito dopo la 1.ª seduta si vide scomparsa la stipsi, che da anni travagliava l'inferma.

Molte pazienti poi migliorate grandemente colla cura Apostoli poterono essere in grado di sottoporsi all'atto operativo, di cui si può dire che la cura elettrica fu la vera preparazione.

Dopo questo breve riassunto dei risultati ottenuti e che più largamente si potranno desumere dalla lettura della tavola riassuntiva dei singoli casi, per conto mio sarei indotto a dichiarare che il pronostico dei fibromi uterini trattati colla elettricità è favorevole; ma tale pronostico cambia assai, se l'astensione da qualunque cura viene comodamente adottata nella speranza di una assai problematica futura menopausa. Infatti si crede generalmente che al momento della menopausa i tumori fibrosi non aumentino più di volume, anzi incomincino a diminuire e che le emorragie cessino. Questa ripeto è una opinione, una credenza forse tramandataci fino da tempi antichi; ma è dessa basata sopra seri fondamenti?

Già Tripier (1) nel classico suo trattato, pure convenendo che lo sviluppo dei fibromi è rapido nelle donne di età ancor giovane, e che subisce un arresto all'età critica, aggiungeva: « Je n'oserai prétendre « qu'il n'en soit jamais ainsi, toutefois j'aimerais à savoir d'où vient cette « opinion, et je crains qu'elle ne fasse partie des aphorismes empruntés « aux sages femmes par quelques accoucheurs. Pour ma part j'ai ren- « contré des fibromes utérins dont l'accroissement m'a paru encore rapide, « chez des femmes de 40 ans et plus; de même que j'en ai pu suivre

(1) Loco cit., pag. 156.

« chez des femmes de 60 et 70 ans passés, qui n'accusaient aucune ten-
« dance à l'atrophie spontanée, » e più avanti a pag. 193 e seguenti, ritornando sulla questione dei fibromi in rapporto colla menopausa, esprime e sviluppa largamente gli uguali concetti, concludendo che progressiva o regressiva l'evoluzione dei fibromi uterini, è insomma assai irregolare. In ogni età si vedono progredire, ora poco, ora molto, ora rimanere stazionari, — peut-être même rétrograder? — Müller (1), sopra 109 casi di fibromiomi in donne che avevano oltrepassati i 45 anni, non nega che ve ne furono alcuni in cui si osservò una regressione costante, ma in molti per converso vi fu un aumento di volume. In 12 casi i primi sintomi apparvero appunto all'età critica; in 10 casi, in cui i tumori erano apparsi assai tardivamente, l'aumento del tumore continuò, benchè fossero cessate le metrorragie. Per tali fatti conclude che la menopausa non sempre esercita una benefica influenza sui fibromi, e che il medico non deve *assumere una condotta troppo aspettante, unicamente pel fatto che le pazienti si trovano prossime od appena entrate nell'età critica.*

Colla astensione da qualunque cura il medico avrà avanti a sè un pronostico doppio, dal punto di vista cioè della emorragia e del tumore di cui la prima è l'espressione, cioè sotto il doppio aspetto sintomatico e causale.

E giacchè sono su questo argomento, mi permetto di sollevare un altro dubbio sulla prognosi dei tumori fibrosi lasciati a sè. È scritto, e suolsi ripetere, che di rado le metrorragie dei fibromi possano arrecare la morte. Io non posso pel momento presentarmi con alcuna statistica, ma sono certo di potere fra breve dimostrare l'erroneità di un simile asserto, basandomi su fatti emergenti da alcune ricerche statistiche, che vado raccogliendo fra il materiale del tempo in cui la chirurgia non interveniva.

L'emorragia, è vero, per sè non è che un sintomo, un tratto per così dire della fisionomia del tumore fibroso, ma dietro il quale minacciano, e malauguratamente con grande frequenza, le più svariate complicanze, quali a cagion d'esempio lo sfacelo del tumore, la peritonite, la salpingite, e sopratutto collegata colla emorragia la degenerazione grassa

---

(1) Thèse de Paris. « Les tumeurs fibreuses de l'utérus et la ménopause. » 1891.

del miocardio. Quest' ultima getta la donna in una vera cachessia, vengono in iscena ben presto gli edemi e l'asistolia; non tarda a comparire l' albuminuria e l' organismo si trova esposto a soccombere ad ogni minima causa. Infatti di rado assai ci accade di vedere una donna portare un tumore fibroso fino a tarda età, come ad esempio può avvenire pei tumori cistici dell' ovaio. Ed anche dando un' occhiata al seguente specchietto dedotto da miei casi si può intravedere il rapporto dei fibromi uterini colla età:

Dai	20	ai	30	anni	2	casi
»	30	»	40	»	17	»
»	40	»	50	»	25	»
»	50	»	55	»	2	»

Lucas Championnière (1), Richelot (2), Mendez De Leon (3) vogliono che i risultati buoni del trattamento elettrico, si verifichino di preferenza in quelle donne le quali sono prossime alla menopausa.

L'Amati (4) di S. Elpidio al mare ha la stessa opinione. Troppo esiguo io credo sia ancora il numero delle mie osservazioni per poter dare un giudizio; ma certo che una prevalenza può apparire forse collegata al fatto che la massima parte de' miei casi si presentò fra i 40 e 50 anni, epoca questa in cui nei nostri climi la donna suole entrare nella età critica.

* * *

La mortalità del trattamento elettrico è data dall'Apostoli colla cifra dell' 1 per cento, se noi non vogliamo prestar fede alla dichiarazione che fece Danion davanti alla Académie de Médecine, in cui disse che la mortalità col metodo Apostoli, si eleva in Parigi al 4 0[0. Baraduc (5), afferma che fra i casi di Apostoli, Keith, Slavianski Sneguireff, Gautier,

(1) *Gazette des Hôpit.*, 1890, N. 21.
(2) *Annales de Gyn.*, 1891.
(3) *Revue internat. d'élect.*
(4) Loco cit.
(5) *Journal de médecine*, Paris, N. 44, 1891.

Deletang (1), i quali in massa ammontano a 2000, e per i quali si praticarono complessivamente più di trentamila applicazioni, si ebbero 10 decessi, ed alcuni accidenti peritoneali non mortali per malattie degli annessi.

Nei casi trattati nel Comparto, all'Ambulatorio o da me in pratica privata non si ebbe alcun caso di morte, nè durante il trattamento, nè poco tempo dopo, poichè l'oss. 39.ª di cui diedi in extenso la relazione non può annoverarsi a debito della elettroterapia; tuttavia sono convinto io pure come lo Chévrier, che la morte per quanto *eccezionale* possa avvenire a dispetto della scienza, della abilità e della prudenza di colui che mette in opera la cura elettrica.

* * *

Un giudizio comparativo tra l'elettroterapia ed i mezzi cruenti, castrazione ed isterectomia, sembrami assai difficile a stabilirsi.

Intanto comincio col dire che un simile confronto può essere veduto sotto due aspetti distinti, e difatti può farsi un paragone stabilito sui pericoli e sugli effetti che si possono ottenere dai due metodi. Riguardo ai primi considererò l' elettroterapia di fronte alla castrazione, e poscia di fronte alla isterectomia.

L'elettroterapia in genere, purchè adoperata coi riguardi antisettici, riesce innocua, e specialmente quando questa è utilizzata come applicazione endouterina; ma anche la castrazione non va più considerata alla stregua della statistica di Vautrin, in cui è noto che la mortalità ascendeva al 14 0[0, nè a quella di Wiedow in cui era di già ridotta al 10 0[0. Una simile statistica, come bene fa osservare taluno, è *la storia antica,* poichè in oggi dalle statistiche di molti ginecologi, si vede la mortalità ridotta al 2 1[5 0[0. Ho detto di molti ginecologi, per non voler tirare eternamente in ballo talune statistiche straniere e specialmente britanniche, sulla cui perfetta autenticità potrebbero forse essere sollevati alcuni dubbi. È ormai tempo che anche in Italia cessi il feticismo per tutto quanto vi ha di straniero; statistiche laparotomiche rivaleggianti

(1) *Revue internat. d'électr.*, 1891, juillet, pag. 417.

con quelle d' oltremonte ne può vantare anche la nostra penisola e tener fronte a quegli istituti stranieri, ove lo spettatore, pagata a caro prezzo la curiosità di assistere ad un trattenimento di operazioni messe in iscena più o meno teatralmente, non può mai sapere nè constatare *de visu* il decorso o l'esito finale delle medesime.

I pericoli della elottroterapia, poichè questi esistono, alla fine dei conti si riducono od alla sepsi, specialmente nei casi di galvano-puntura, o ad esacerbazioni di fenomeni perimetritici. Nella castrazione, se la mortalità è maggiore, lo è per molte fonti di pericoli da considerare, i quali pur essi ci dimostrano che un confronto non può essere assolutamente stabilito.

Intanto la sepsi è più facile per l'apertura diretta del cavo peritoneale, di più vi ha il pericolo della emorragia se un laccio per avventura avesse ad allentarsi, e da ultimo la cloronarcosi essendo sempre necessaria, va considerata essa pure come un elemento di un lontano sì, ma esistente pericolo. E che ciò sia vero, lo dimostra il fatto che la elettroterapia è, o può essere alla portata di un medico qualsiasi, il quale abbia solo un certo qual corredo di cognizioni, mentre che la castrazione richiede non solo una profonda coltura ginecologica, ma ben anco una sicura pratica nella tecnica, la quale è ben lungi dall'essere paragonabile alla elettroterapica. Io credo che molti di coloro i quali usarono l'elettroterapia con buoni risultati, avrebbero fatto crescere assai il procento di mortalità della castrazione, qualora l'avessero intrapresa. Gli interventi laparotomici, per quanto al giorno d'oggi siano divenuti abbastanza comuni, pure sono e rimarranno sempre tanto in Italia che fuori, interventi pei quali, ripeto, è d'uopo mettere in pratica una tecnica rigorosa sia nei preparativi come durante il corso della operazione, tecnica che non può essere acquistata in breve come la elettroterapica, tecnica di minuziose cautele delle quali una sola obliata può essere la causa di una catastrofe. Oltre a ciò la castrazione in casi di fibromi può essere irta di non lievi difficoltà, pur esse al certo non paragonabili alle ipotetiche più che reali di un difficile cateterismo. E tali difficoltà (di cui può essere circondata una castrazione) esigono da parte dell'operatore una lunga esperienza, allo scopo di sapersi governare in modo speciale in ogni singolo caso, ed io credo che ogni chirurgo laparotomista non troverà difficoltà a mettere in pratica la elettroterapia, mentre che l'elettroterapista (a parte la sua avver-

sione per le operazioni cruenti) si troverebbe assai esitante ad una simile intrapresa. Ed è per questo, che io non so capire (a meno di non ammettere un preconcetto), come mai valenti chirurghi si sforzino a descrivere la elettroterapia come pericolosa, l'elettroterapia che infine dei conti non esige che qualche cautela di antisepsi, e poche cognizioni sull'argomento! Ma v'ha di più, poichè le loro statistiche fanno veramente contrasto con quelle dei loro interventi operatori. Lawson Tait, ad esempio, l'illustre laparotomista, secondo Chévrier avrebbe confessato 3 decessi sopra 15 donne trattate col metodo Apostoli, ed ultimamente il Mackenroth (1) viene addirittura coll'esposizione di alcune tabelle a mostrare dei risultati spaventevoli, da cui poi trae delle conclusioni audaci. Egli dà il seguente specchio:

Casi	Martin Mackenroth	Veit Schäffer	Keith	Totale	Procento
Suoi . . . 30 } Di Freund 36 }	66	40	106	212	
Migliorati	21	21	28	70	33.0 0[0
Dimessi	1	9	32	42	19.8 »
Risultato indifferente . .	15	5	17	37	17.4 »
Peggioramenti e suppur.	23	4	24	51	24.0 »
Morti	3	1	5	9	4.4 »

e lo mette a confronto coi risultati operatori ottenuti da Martin, deducendo che la scarsa mortalità di tale operatore è inferiore a quella del trattamento elettrico e va per lo più addebitata a complicazioni o dirò meglio ad accidentali intercorrenti malattie mediche, ma nessun decesso si è verificato per sepsi.

Confesso che ciò parmi strano, pensando come colla laparotomia la sepsi del cavo peritoneale sia assai più facile di quella che può avverarsi

(1) Loco cit.

per la via genitale usando della elettroterapia! Come mai chi maneggia tanto sicuramente la cavità del peritoneo può trovarsi a disagio nella disinfezione delle vie genitali, e di un catetere uterino?

Assistente presso un istituto di ginecologia che in soli 4 anni fu portato per merito di chi lo dirige a gareggiare, se non a superare nei risultati operatori laparotomici coi più celebrati istituti stranieri, anch'io non posso a meno di amare la ginecologia chirurgica radicale, ma tuttavia non disconosco i vantaggi della elettroterapia e confesso che dalla lettura delle riportate statistiche, l'impressione che se ne ritrae è tale da lasciare dei dubbi sulla loro completa esattezza.

Si dica piuttosto che i pericoli della elettroterapia sono minimi, ed in mano di qualunque medico, mentre che i pericoli dell'intervento chirurgico sono minimi solo in mano a pochi, od in altri termini dicasi che i pericoli nell'intervento chirurgico sono in ragione diretta della abilità degli operatori, e si avrà detto il vero. E in allora, a coloro che vogliono istituire dei confronti, potrei ripetere molto a proposito una sentenza che il professor Mangiagalli esponeva in un suo scritto, che volendo basarci esclusivamente sulle statistiche « *si possa arrivare a conclusioni non conformi* « *al vero, potendosi facilmente nascondere l'errore anche frammezzo alla* « *severità delle cifre.* »

Come ogni terapeutica la chirurgia ha i suoi rovesci ed i suoi trionfi, solo che il chirurgo è fiero dei propri successi, in quanto che la guarigione è proprio opera sua (mi si permetta il confronto forse troppo rettorico), come opera dello scultore è la statua che sa cavare dal marmo.

Ciò che ho detto per la castrazione vale a maggior ragione per l'isterectomia; anzi quivi il parallelo dei pericoli sembrami addirittura assurdo, poichè ciò equivarrebbe a paragonare un intervento radicale con uno puramente palliativo, come chi pretendesse di paragonare l'isterectomia al raschiamento. Certo che la mortalità è maggiore che non nella castrazione, ma come bene osserva il Richelot (1), oramai anche la isterectomia addominale diventa poco pericolosa, la pratica dei chirurghi migliora ovunque, e non si devono più, secondo me, invocare le

(1) *Annales de Gyn. et Obst.*, 1891, pag. 54.

statistiche raccolte dallo Zweifel. Questi riunì tutte le storie pubblicate di amputazione sopravaginale eseguiti per fibromiomi dal 1877 al 1888, e sopra 710 operazioni trovò 187 esiti letali, cioè il 26. 3 0[0, di cui il 22 0[0 di mortalità col metodo extraperitoneale ed il 34. 5 0[0 coll' intraperitoneale (1).

Ora le statistiche dei vari operatori sono di assai migliorate ed in quelle più recenti il procento di mortalità è assai disceso.

Il prof. Mangiagalli dal giorno 10 gennaio 1891 a tutt'oggi (30 giugno 1892) nel Comparto Ginecologico e nella pratica privata operò una serie continuata di ben 26 svariate miomectomie senza un caso di morte, ora affondando il peduncolo, ed ora trattandolo esternamente. Alcune di queste figurano nel quadro riassuntivo.

Come poi paragonare i risultati della elettroterapia con quelli della chirurgia radicale? Io credo inutile l'insistere; se l'operata guarisce dell'atto operativo, essa è guarita realmente e per sempre, il che sgraziatamente non può in modo assoluto affermarsi per la guarigione ottenuta colla elettricità. Tuttavia non bisogna celare che anche la cura elettrica può vantare delle guarigioni abbastanza remote.

Volendo poi confrontare i risultati remoti avuti dalla ablazione degli annessi, con quelli della elettroterapia, io sarei piuttosto inclinato a credere, che i primi sono assoluti ed i secondi soltanto relativi. Ma tuttavia anche dopo la castrazione possono verificarsi recidive di emorragia, questa è cosa nota, ed io ne vidi un caso in cui forse la recidiva va messa in rapporto con alcune peculiari condizioni dell' utero, giacchè nella stessa paziente si vide fallire altresì la elettroterapia.

Credo interessante riferire la osservazione dettagliatamente:

Osservazione N. 7 (della tabella).

La paziente entra nel 1888 per la prima volta e si fa diagnosi di fibroma della parete posteriore in utero retroverso: si frenano le emorragie coll' hydrastis, si pone un pessario, e la donna esce migliorata.

Nel 1889 ritorna accusando dolori e gravi perdite, l'utero nel frattempo era un po' aumentato di volume. Tenuta alquanto in osservazione,

---

(1) « Die Stielbehandlung bei der Myomectomie. » Stuttgard, 1888, pag. 69.

riuscendo vani i soliti mezzi, il prof. Mangiagalli la operò di ovaro-salpingectomia bilaterale, il 20 febbraio. Guarita, la donna fu licenziata al 17 marzo senza che le perdite fossero ritornate. Ma gli effetti che si speravano dalla castrazione non furono conformi alla speranza, che già dal giugno consecutivo, cioè 4 mesi dopo, essa aveva sofferto di parecchie emorragie, sicchè, lo stato generale della paziente lasciando molto a desiderare, in settembre tornò alle sale del Comparto. In tale circostanza fu sottoposta a 6 sedute di galvano-caustica endouterina positiva di intensità media di 148 milliamp.; l'effetto emostatico parve discreto sulle prime e sembrò si avesse ottenuto anche qualche risultato dal lato riduzione dell'utero. La paziente volle uscire. Ma le parvenze benefiche della elettroterapia svanirono ben presto, perchè ritornò poco dopo assai deperita per le ostinate perdite sanguigne. Fu dal prof. Mangiagalli operata di isterectomia vaginale totale. Usciva 20 giorni dopo l'atto operativo, e questa volta indubbiamente e per sempre guarita.

L'esame del pezzo mostrava un fibroma della parete posteriore, ed una infinità di altri piccoli fibromi disseminati nella trama uterina, molti dei quali sottomucosi, una *vera degenerazione fibrosa* del miometro, condizione questa che può aver sostenuta l'emorragia a dispetto della castrazione e della elettroterapia. Tale ipotesi mi viene suggerita da un caso che anatomicamente ha una strettissima rassomiglianza col precedente e che già riprodussi in extenso allorquando mi intrattenni della enucleazione prodotta dalla elettricità a pag. 220. Vedi osserv. 33.ª della tavola. Anche in quel caso, ripeto, la corrente elettrica diede risultati solamente transitori.

Da quanto esposi, io sono d'avviso che la benignità della cura elettrica (che francamente non bisogna disconoscere), perde molto del proprio valore, se essa viene raffrontata agli ardimenti chirurgici, e specialmente ai radicali, che compensano largamente ad onta di qualche pericolo a cui espongono. Parli più eloquentemente la statistica di quelle operate dal prof. Mangiagalli, nelle quali al trattamento elettrico fu sostituito l'intervento radicale. Vedi le osserv. esposte nella tavola.

Eccomi finalmente alla esposizione dei casi. Invece di ammanire al lettore le particolareggiate storie delle singole ammalate, amai meglio riassumerle in una tabella, nelle cui colonne ho cercato di introdurre tutte le più salienti particolarità.

Alcune osservazioni vennero già esposte in extenso nel corso della memoria; esse sono contraddistinte da un asterisco nella colonna riservata alla progressiva numerazione.

CONCLUSIONI.

A proposito delle azioni della corrente elettrica e delle indicazioni ho già dato le conclusioni sommarie. Ora non mi resta che riassumere i risultati, i quali a grandi linee possono essere così esposti:

1.° La corrente continua, applicata secondo le norme dettate dal dott. Apostoli, salve talune varianti, costituisce un metodo *palliativo* nella cura dei fibromi, metodo non pericoloso, che è di gran lungo superiore a tutti gli altri sussidi fornitici dall'arsenale della consueta terapeutica.

2.° Gli effetti della cura sono più palesi considerati nel senso di frenare o sospendere le emorragie, meno costanti come riduzione di volume dei tumori. Contemporaneamente migliorano le condizioni generali, le turbe nervose e la stipsi.

3.° Con tale mezzo possono essere migliorate le condizioni delle pazienti al punto di rendere possibile un successivo intervento operatorio.

4.° Il numero delle sedute necessarie per ottenere l'effetto della cura sintomatica può variare da 6 a 20 sedute. La durata media di ogni seduta può ridursi ad 8 minuti, l'intensità massima raggiungibile senza narcosi di 250 milliampères.

TAVOLA DELLE OSSERVAZIONI.

Numero progr.	Generalità Nome e cognome ecc. ecc.	Prima mestr. Parti	Seguenti	Sintomi	Diagnosi	Modalità della cura	Risultato prossimo	Risultato remoto	Osservazioni
* 1	August. Angela, anni 53, cucitr. Entra il 24. 5. 1889.	13 anni nullip.	Menopausa da 5 anni	Emorragie uterine da 1 mese.	*Voluminoso fibroma del corpo.*	Comincia la cura il 19 giugno. *Galvano-puntura* negativa col trequarti di platino. Si penetra per 3 cent.; nessuna speciale sofferenza. Si praticano in seguito 16 applicaz. successive + sempre colla sonda di platino nella breccia formata. Cessano le perdite: il tumore diminuisce di 1/3 ed acquista una sufficiente mobilità. (App. Chardin. Intensità media 150 m. a.)	Ottimo come emostasi, buono come riduzione. Peptonuria palese.	Ottimo come emost., persiste la riduzione del tumore	—
* 2	Crip. Antonia, anni 47, casalinga. Entra il 24. 4. 89.	18 anni IIpara	Sospensione mestruale da 3 mesi	Dolori al lombi, distensione dell'addome fino all' epigastro. Edemi agli arti inf. Non ebbe mai metrorr. Dispnea, tachicardia (140 al minuto). Orine senza albumina.	*Fibromiomi multipli in parte sottosierosi e sviluppati nel cellulare dei legamenti larghi e del setto retto-vaginale* pescanti in parte nello scavo. Collo uterino portato in alto. Cateterismo 12 cent.	*Galvano-caustica chimica negativa intrauterina.* Elettrodo genitale di carbone: 13 applicaz. di cui 8 a 200 m. a.; le rimanenti fra 120-180. Nessuna reazione o disturbo riferibile alla cura. Dopo la 6.ª seduta si ponno individualizzare 6 nodi distinti. (App. Chardin).	Ottimo, riduzione di 2/3 del volume primitivo. Peptonuria palese.	Non ebbi fino ad ora notizie	—
3	Mi. Amalia, anni 42, casalinga. Entra il 14. 7. 89, esce il 30. 9. 89.	15 anni nullip.	Menopausa da 1 anno	Nessun sintomo speciale, non dolori, non metrorr., non disturbi di compressione.	*Fibromi multipli* di cui il maggiore fuso coll'utero arriva al bellico, in parte si insinua nello scavo ove è agevole sentire altri piccoli fibromi sporgenti sulla volta vagin.	*Galvano-caustica chimica negativa intrauterina.* 12 applicaz. sempre tollerate benissimo. Intensità media 150 m. a. (App. Chardin).	Effetto nullo. Peptonuria assente e dubbia.	—	—
4	Ba. Teresa, anni 48, casalinga, marit. Entra il 25. 7. 89.	17 anni IIIpara	Menorragie e metrorragie	Nessun dolore.	*Fibroma interstiz. del fondo.* Utero grosso come una gravida al 4.º mese. Oligoemia profonda. Soffio anemico al cuore. Nervosismo.	*Galvano-caustica chimica positiva intrauterina.* Dal 29 luglio al 3 sett. 7 sedute + intensità media 90. (App. Chardin).	Effetto emostatico mediocre, riduzione marcata. Peptonuria palese.	—	—

Numero progr.	Generalità Nome e cognome ecc. ecc.	Prima mestr. Parti	Seguenti	Sintomi	Diagnosi	Modalità della cura	Risultato prossimo	Risultato remoto	Osservazioni
5	Cr. Antonia, anni 53, casalinga, nubile. Entra il 10. 7. 89, esce il 17. 11. 1889.	? nullip.	Sempre regolari	Dolori al basso ventre e fenomeni di compress. da parte del retto e della vescica.	*Fibromi multipli, il più grosso interstiz. del fondo, uno sottosieroso della parete anteriore del corpo.* Fenomeni di nervosismo assai accentuati.	*Galvano-caustica chimica intrauterina.* Sempre collo speculum e colla pinza. 12 sedute negative: si accentua la generale iperestesia dopo ogni applicaz. Intensità media 120 m. a. Esce liberata altresì dai fenomeni nervosi.	Effetto di riduzione negativo. Laparomiomectomia. Guarig. Peptonuria lievi traccie.	—	Intervento laparotomico. Guarig.
6	Sco. Franc., anni 41, casal., marit. Entra il 18. 9. 89, esce il 2. 11. 89.	14 anni Vpara	—	Emorragie atipiche da 2 mesi.	*Fibroma uterino interstiziale.* Cateterismo 8 1[2 cent.	*Galvano-caustica chimica intrauterina.* 20 sedute di cui 12 col polo +. Intensità media 150 m. a., 8 sedute nell'Ambulat. Fine della cura maggio 1890.	Effetto emostatico buono, scarsa riduzione.	Duraturo	—
* 7	Verp. Angela, anni 37, cont., nubile. Entra il 18. 9. 89.	15 anni nullip.	Irregolari	Emorragie. Vedi osserv. dettagliata a pag. 326.	*Fibroma uterino interstiz. del fondo.*	*Galvano-caustica chimica intrauterina positiva.* 6 sedute. Intensità media 148 m. a. NB. La donna era già stata operata di castrazione.	Effetto emostatico buono, lieve riduzione.	Scarso	Interv. chirurg., castraz. indi isterect. vag. Guarig.
8	Mor. Ester, anni 50, casal., marit. Entra il 5. 10. 89, esce il 3. 11. 89.	13 anni IIIpara	Menorragie e talora metrorragie	Emorragie.	*Fibroma uterino interstiziale.*	*Galvano-caustica chimica intrauterina.* 22 sedute positive. Intensità media 140 m. a., curata in parte ambulatoriamente.	Effetto emostatico discreto, riduz. della metà.	Buono	—
9	Bett. Marta, anni 38, camer., vedova. Entra il 13. 8. 89, esce il 3. 11. 89.	11 anni VIpara	Sempre con dolori	Dolori e perdite sanguigne atipiche.	*Fibroma uterino interstiziale.*	*Galvano-caustica chimica endouterina.* 6 sedute positive. Intensità media 150. Si ruppe il cilindretto di carbone nella cavità e fu poscia estratto col raschiamento. Nessuna reazione.	Effetto emostatico buono.	Buono	—
10	Ban. Rosa, portinaia, nubile. Entra il 16. 10. 89, esce il 3.	17 anni nullip.	Mestrui regolari per quantità e durata	Dolori e perdite. Fenomeni di compressione del retto e vescica. Soggetto	*Fibroma uterino interstiziale con retroversione.* Cavità 12 cent.	*Galvano-caustica chimica intrauterina.* Complessivamente 20 sedute positive. A metà cura fu ridotto l'utero nella narcosi	Effetto emostatico buono.	Condizioni ottime il neoplasma non cresce	—

	marit. Entra il 22. 10. 89, esce il 7. 11. 89.		da 6 anni		Cavità 11 cent.	l'elettrodo di carbone. Intensità media m. a. 141.	strui.		
12	Tic. Maria, anni 40, cuoca, mar. Entra il 14. 11. 89, esce il 1. 12. 89.	12 anni IIpara	Irregolari da 1 anno	Dolori alla cintura pelvica ed alla fossa iliaca destra.	*Fibroma interstiziale del corpo.* Cavità 9 1[2 cent.	*Galvano-caustica chimica intrauterina.* 2 applicazioni positive colla piccola oliva di platino. 120 m. a. Il dì seguente si trovava una corrente residua di 4 decimilliampères.	Volle uscire subito.	Non si calcola	—
13	Cogl. Giuseppa, anni 43, portinaia, mar. Entra il 24. 11. 89, esce il 18. 11. 1889.	18 anni Ipara	Sempre dolorose	Da 5 anni metrorragie atipiche e dolori vivi.	*Fibromi multipli di cui 1 sottosieroso.* Cavità 12 c. Tumore grosso complessivamente come una testa d'adulto.	*Galvano-caustica chimica endouterina.* Sedute n. 5 positive, carbone e platino. Intens. media 160. Ambulatoriamente 11 sedute positive, intensità 200-250 dal maggio all'agosto 1890 per riesacerbazione dei fenomeni.	Effetto emostatico discreto che dura 5 mesi. Risultato dubbio, nessuna riduz. Peptonuria mancata.	Dubbio	—
14	Mar. Maria, anni 23, levatr., nubile. Entra il 5. 9. 89, esce il 14. 12. 89.	13 anni Ipara	Sempre regolari	Dolori ai quadranti inferiori.	*Fibroma a sviluppo in parte extraperitoneale complicato a perimetrite.* Cateterismo 8 1[2 cent.	*Galvano-caustica chimica endouterina.* 5 sedute negative carbone. Intensità media m. a. 90-100.	Esacerbaz. della perimetrite. La cura si sospende.	Non ebbi notizie	—
15	Pell. Ermeneg., anni 30, tappezziera, maritata. Entra il 31. 12. 89, esce il 26. 1. 90.	13 anni IVpara	Sempre abbondanti	Dolori e perdite mestruali copiose.	*Fibroma interstiziale del corpo.* Utero grosso come in gravida al 3.° mese.	*Galvano-caustica chimica endouterina.* Oliva platino 2 sedute positive, intensità 100.	Effetto emostatico ottimo.	—	—
16	Ballar. Franc., anni 51, casal., marit. Entra il 8. 11. 89, esce il 9. 3. 90.	12 anni IIpara	Sempre dolorose ma regolari	Emorragie, continuo crescere dei tumori causanti fenomeni di compress. Dolori. Condiz. della donna assai gravi. Asistolia, poichilocitosi.	*Enormi fibromi multipli del corpo e sottosierosi.* Cavità 19 cent.	*Galvano-caustica chimica positiva intrauterina.* 4 sedute carbone. Intensità media 300. Peptonuria negativa. Fu invece riscontrata una certa quale persistenza di corrente di polarizzazione. Il tumore cresce. Laparo-istero-miomectomia. Guarigione. Peso della massa Kg. 4.665.	Nullo.	—	Interv. laparotomico. Guarig.
17	Orio. Rosa, anni 37, contadina, marit. Entra il 8. 11. 89, esce il 9. 3. 90.	16 anni Vpara	Regolari fino a 3 anni fa	Menorrag. e metrorragie da tre anni. Molestia al basso ventre. Metrorragie frenate già da un mese coll'hidrastis.	*Fibroma interstiziale e sottosieroso della parte anteriore del fondo complicato ad idrosalpinge.* Cateterismo 6 1[2 cent.	*Galvano-caustica chimica endouterina.* 5 sedute negative, media 100 m. a. carbone.	Scomparsa della massa d'idrosalpinge. Diminuzione dei fibromi. Effetto emostat. buono.	—	—

Numero progr.	Generalità Nome e cognome ecc. ecc.	Prima mestr. Parti	Seguenti	Sintomi	Diagnosi	Modalità della cura	Risultato prossimo	Risultato remoto	Osservazioni
18	Gunin. Carolina, anni 41, cameriera, nub. Entra il 9. 9. 89, esce il 6. 10. 89.	12 anni VIpara	Irregolari con dolori	Da un anno perdite bimensili che da un mese sono continue.	*Due fibromi uterini interstiziali grossi come noci.* Cavità 8 1[2 cent.	*Galvano-caustica chimica intrauterina.* 2 sedute positive. Intensità 100 ben tollerate. Passa in sala medica per affezione gastrica.	Non si tiene calcolo.	—	—
19	Capit. Concetta, anni 42, casal., marit. Entra il 12. 2. 90. Prosegue la cura all'Ambulator.	?	Emorragie	Emorragie.	*Fibroma interstiziale.* Cateterismo 9 1[2 cent.	*Galvano-caustica chimica intrauterina positiva.* 14 sedute. Carbone. Intensità media 190 m. a.	Effetto emostatico buono, scarsa riduzione.	Non ebbi notizie	—
20	Pis. Leop., anni 44. Osserv. 6.ª Ambul. — 1. 4. 91 — 15. 7. 91.	IIpara	—	Metrorragie profuse.	*Fibroma interstiziale del corpo anteriore e laterale sinistro.* Arriva fino al bellico. Cavità 17 cent.	*Galvano-caustica chimica positiva intrauterina* ora col carbone ora col platino. Intensità media 160 m. a. 6 sedute di cui 4 in aprile con un miglioramento sintomatico dell' emorragia. Tralascia la cura, si ripresenta nel 1891 in condizioni deplorevoli, non vuol sottostare ad alcuna cura. Si dimette.	Effetto emostatico buono.	Mancato	Si ripresentò poscia in condiz. miseran. nel 1892 implor. soccorso. Fu oper. di laparo-istero-miom. Guarig.
21	Tis. Fiorina, anni 40, ricamat., marit. — 22. 4. 90 — 5. 8. 90.	Nullip.	Regolari fino al maggio 1889	Metrorragie abbondanti da un anno e perdite atipiche quindicinali.	*Fibroma interstix. della parete posteriore* grosso come un arancio. Cavità 9 cent.	*Galvano-caustica chimica endouterina positiva.* 9 sedute in 4 mesi. Intensità 150-225 m. a. Ambulatorio. Oss. 11.	Scarso effetto emostatico sulle prime. Buono.	—	—
22	Rav. Marianna, anni 38, stiratrice, maritata. Ambulanza osserv. 10.ª	?	—	Perdite sanguigne in atto da 11 anni. È altresì affetta da prolasso dell' utero che richiede il pessario.	*Fibroma interstiziale del fondo e parete anteriore del corpo.* Cavità 11 1[2 cent.	*Galvano-caustica chimica endouterina positiva.* 13 sedute colla sonda di carbone. Intensità media 170 m. a. Desiderosa di esser liberata dal prolasso entra in Comparto. Viene operata di laparo-istero-miomectomia. Guarigione.	Effetto emostatico buono.	—	Interv. laparotomico Guarig.
23	Giu. Cristina,	IIIpara	—	Emorragie					

						bul. oss. 13. 15. 12. 91 } *4 Galvano-caustiche* 5. 1. 92 } *chimiche endouterine positive* per emorragie nuovamente insorte. Entra in Comparto, si pratica il raschiamento seguito da iniezione jodica. Esce in buone condiz.	dopo 20.		
25	Ros. Bianca, anni 32, artista. — 17. 6. 90 — 7. 7. 90.	IIpara	Irregolari	Perdite abbondanti e dolori.	*Fibroma sottosieroso della parete poster.*	*Galvano--caustica intrauterina.* Sonda platino, in cavità 4 applicazioni. Intens. media 170 m. a. Oss. Ambulat. N. 15.	Non tollerò il trattam. elettr. Parte da Milano.	—	—
26	Bett. Giuseppa, anni 34.	16 anni nullip.	Irregolari	Da 5 anni ha perdite abbondanti ed aumento rapido dell' addome. Circonf. al bellico 97, circonf. massima 98.	*Fibromi multipli.* Cavità 6 cent.	*Galvano-caustica chimica intrauterina.* 2 sedute col polo + (platino). Intens. media 200 m. a. Non fu più vista. Oss. Ambulat. N. 16.	Non si calcola.	—	--
27	Ro. Carlotta, anni 45, port., maritata. Entra in Comparto il 5. 4. 90.	12 anni VIpara	Da qualche tempo irregolari	Mentrorr. imponenti e difficilmente frenabili.	*Fibroma interstiziale della parete anter. dell' utero.* Utero grosso come in gravida al 4.° mese. Cavità 15 cent.	*Galvano-caustica chimica endouterina positiva.* 19 sedute, oliva platino in cavità. Intensità media 140 m. a.	Effetto emostatico buono dopo 15 sedute. Nessuna riduzione.	Ottimo. Non ebbe più perdite. Migliorate le condizioni generali	—
28	Gal. Maria, anni 30, bambinaia, marit. - 24. 6. 90 — 2. 9. 90.	IIpara	Da qualche tempo irregolari	Menorragie piuttosto abbondanti e leucorrea legata ad erosione catarrale.	*Piccolo nodo fibromatoso del corpo.* Cavità 10 1[2 cent.	*Galvano-caustica positiva endouterina.* 4 sedute, oliva platino. Intens. media 130 m. a. Oss. Ambulat. N. 18.	Effetto emostatico mediocre.	Sta abbastanza bene	Fu poscia nel 1892 operata di rasch.
29	Del F. Giuseppa, anni 34, passamantiera, mar.	IIIpara e 2 aborti	Irregolari	Perdite continue di sangue e dolori. Condizioni generali oltremodo deperite. Oligoemia pronunciatissima.	*Fibromi multipli.* Cavità 15 cent.	*Galvano-caustica chimica positiva endouterina.* Carbone platino. Sedute 50. Osserv. N. 19 Reg. Ambulat.	Risultato emostatico appena mediocre. Riduzione lieve. È ancora in cura.	—	Ancora in cura
30	Fort. Maria, anni 35, servente. — 29. 7. 90 -- 2. 9. 90.	14 anni nullip.	Irregolari da 1 anno	Perdite menorragiche assai abbondanti.	*Fibromi multipli interstiziali del fondo uno e della parete laterale sin. l' altro.* Cavità 20 cent.	*Galvano-caustica chimica endouterina positiva.* Oliva di platino in cavità. Intens. media 164 m. a. Sedute 5. Oss. Ambul. N. 20.	Risultato emostatico ottimo. Nessuna riduzione.	Buono	—

Numero progr.	Generalità Nome e cognome ecc. ecc.	Prima mestr. Parti	Seguenti	Sintomi	Diagnosi	Modalità della cura	Risultato prossimo	Risultato remoto	Osservazioni
31	Scur. Matilde, anni 40, casal. marit. — 12. 8. 90 — 3. 3. 91.	Nullip.	Sempre regolari	Atroci dolori nei periodi mestruali persistenti negli intermestrui. L'addome s'ingrossa.	*Fibromi multipli interstiziali e sottomucosi incarcerati nella pelvi non respingibili.* Il collo uterino spostato in alto all'indietro della sinfisi pubica. Cavità 15 cent.	*Galvano-caustica chimica endouterina.* 9 volte negativa, 5 positiva coll'oliva di platino. Intensità media 171. La corrente fu sempre ben tollerata. 8 volte si taccarono i 200 m. a. Reg. Ambulat. N. 21.	Migliorò riguardo ai dolori. Nessuna riduz. delle masse.	Sta benino	—
32	Col. Maria, anni 45, portinaia, marit. — 4. 11. 90 — 13. 2. 91.	IIpara	Sempre regolori durata 3 giorni	Dolori alle reni, fenomeni di compressione del retto e della vescica.	*Fibromi multipli di cui uno interstiziale e sottosieroso* (parete destra) *l'altro extraperitoneale* sviluppato nella parte posteriore sopravaginale del collo, incarcerato nella pelvi. Orificio est. porlato dietro la sinfisi pubica. Il tumore arriva a 2 dita dal bellico. Cavità 8 cent.	*Galvano-caustica chimica endouterina.* Sonda Apostoli. 9 sedute: le sole 2 prime positive, le altre negative. Intensità media 161 m. a. Dopo parecchi mesi è accolta in Comparto. Fu operata di laparo-isteromiomectomia dal prof. Mangiagalli. Guarigione.	Effetto di riduzione nullo. Si regolarono le funz. del corpo.	Appena mediocre	Laparotomia. Guarig.
* 33	De Gi. Ant., anni 30, casal., marit. — 4. 11. 90 — 27. 1. 91.	14 anni aborto	Regolari	Perdite irregolari da qualche tempo.	*Fibromi multipli* complicati a gravidanza al 4.° mese.	*Galvano-caustica chimica endouterina positiva.* Vedi relazione dettagliata a pag. 220. Operata di laparomiomectomia il 27. 12. 91. Guarigione.	Risultato emostatico fugace: ma le perdite recidinarono.	—	Laparotomia. Guarig.
34	Old. Innocenta, anni 46, servente marit. — 30. 10. 90 — 20. 1. 91.	11 anni nullip.	Sempre abbondanti	Menorragia e perdite atipiche, disuria dopo l'ultima mestruazione che fu dolorosissima.	*Fibromi multipli sottosierosi ed interstiziali.* Cavità 9 1[2 cent.	*Galvano-caustica chimica endouterina positiva colla sonda Apostoli:* una sola volta fu fatta l'applicaz. cervicale. Intensità media 147 m. a. Sedute 9.	Risultato emostat. buono dopo la 3.ª seduta: le mestruaz. si sono regolate. Orinaz. facile.	Mestruazioni regolari. Il tumore non è cresciuto	—
35	Che. Santa, anni 45, casal., mar.	—	—	Da 2 anni mestrui irregol., frequente	*Fibroma uter.* della grossezza di una testa fetale, interstiziale, della	*Galvano-caustica chimica endouterina positiva.* 11 sedute col-l'elettrodo platino. Intensità	Risultato ottimo sia riguardo ai dolori come alle	Buono	—

	— 4. 8. 91 — 23. 2. 92.					Si notò una certa quale intolleranza per la cura elettrica. Operata poscia di laparoisterectomia, affondamento del peduncolo, marzo 92. Guarigione.			Guarig.
37	Maj. Carolina, anni 45, tessit., nubile. — 7. 12. 90 — 25. 1. 91.	12 anni nullip.	Sempre abbondanti	Menorragie e dolori modici, oligoemia profonda.	*Fibromi multipli interstiziali e sottosierosi voluminosi.* Peso gr. 1780.	*Galvano-caustica chimica endouterina positiva.* Sonda di platino. Intens. media 125 m. a. 2 sedute, una alla vigilia della laparotomia eseguita il 19. 12. 90 dal prof. Mangiagalli. Guarigione. Nessuna traccia di escara sulla mucosa uterina.	Non si calcola.	—	Laparotomia. Guarig.
38	Cass. Cecilia, anni 42, casal., nubile. — 30. 11. 90 — 15. 3. 91.	17 anni nullip.	Regolari	Da un anno perdite quindicinali e dolori vivissimi ai quadr. infer. Edemi periferici. Oligoemia, cardio palmo stenosi ed insufficienza mitrale. Fenomeni di compressione della vescica.	*Fibroma interstiziale del corpo.*	*Galvano-caustica chimica endouterina positiva.* Sonda di platino. 4 sedute in 20 giorni. Intens. media 145 m. a. Ottenuta una tregua alle perdite, addì 21. 1. 91 il prof. Mangiagalli procede alla laparomiomectomia. Guarigione.	Risultato emostatico scarso. Nessuna riduzione.	Scarso	Laparotomia. Guarig.
* 39	Abbi. Giuditta, anni 40, cont., marit. — 24. 11. 90 † 7. 1. 91.	15 anni Vpara	Regolari. Menopausa da 2 anni	Dolori vivi ed aumento rapido e crescente dell'addome. Assai deperita.	*Fibromi multipli del corpo e del collo.* Quelli del corpo sottosierosi ed interstiziali.	*Galvano-puntura.* Vedi relaz. dettagliata a pag. 305.	Risultato dubbio.	—	—
40	Lo. Carolina, anni 45, casal., marit. — 2. 6. 91 — 10. 7. 91.	12 anni IIIpara	Regolari	Perdite che confondonsi colle mestruazioni che sono abbondantissime. Oligoemia. Perdita muco purulenta abbondante.	*Fibroma interstiziale e sottomucoso del corpo.* Endometrite ghiandolare iperplastica. Utero grosso come in gravida al 5.° mese.	Si pratica dapprima un raschiamento indi *2 applicazioni positive endouterine.* Sonda carbone di 5 m. a. Dopo la 2.ª la donna ha lievi dolori e quando si tenta la 3.ª seduta trovasi che l'orificio esterno è beante: attraverso di esso fa capolino un polipo grosso come una mandarina. Il 28. 6. si procedette alla polipotomia.	Risultato buono.	—	Estrinsecaz. del polipo
41	Cabr. Virginia, anni 31, domestica, nubile. — 10. 6. 91 — 8. 7. 91.	10 anni nullip.	Sempre dolorose fin dalle prime	Menorragie e metrorragie da far richiedere il tamponamento. È affetta da metrite blenorrag.	*Fibroma interstiziale sottosieroso.* Cavità 12 cent.	*Galvano-caustica chimica endouterina positiva.* Platino. 5 sedute. Intens. media 94 m. a.	Risultato emostatico buono.	—	—

Numero progr.	Generalità Nome e cognome ecc. ecc.	Prima mestr. Parti	Seguenti	Sintomi	Diagnosi	Modalità della cura	Risultato prossimo	Risultato remoto	Osservazioni
42	Mar. Marianna, anni 40, casal., marit. — 14. 6. 91 — 8. 7. 91.	Plurip.	Sempre regolari	Perdite sanguigne atipiche da 1 mese.	*Fibromi multipli* di cui 1 a sinistra sviluppato fra i foglietti del legam. largo. Cavità 8 cent.	*Galvano-caustica chimica endouterina positiva.* Carbone 5 sedute. Intens. media 118 m. a.	—	—	—
43	Mor. Teresa, anni 42, servente, nubile. — 10. 6. 91 — 20. 9. 91.	14 anni nullip.	Regolari	Da 5 mesi eterofanie mestruali. Dolori all' ipogastrio. Deperimento notevole. Oligoemia.	*Fibroma interstiziale e sottomucoso* che rende l'utero grosso come in gravida al 5.° mese.	*Galvano-caustica chimica endouterina positiva.* Ora col platino ora col carbone. 7 sedute. Intensità media 125 m. a. Si toccarono più volte i 200 m. a.	Dubbio risultato emostatico.	—	—
44	Sangiorg. Ant., anni 43, marit. — 10. 11. 91 — 23. 12. 91.	17 anni nullip.	Sempre regolari	Metrorragie, dolori. Fenomeni di compressione da parte della vescica.	*Fibroma sottoperitoneale della parete cervicale anteriore.* Sonda 10 cent.	*Galvano-caustica chimica endouterina positiva.* Platino sedute N. 6. Intens. media 115 m. a.	Buonissimo sia per le perdite e sia pei dolori.	—	—
45	N. N., anni 42, marit., curata nel mese di maggio e giug.	—	Irregolari sempre abbondanti	Profusiss. metrorr. Adiposi card. Edemi diffusi. Frequenti lipotim. Fenomeni di compress. sul retto e sulla vescica. Era stato antecedentemente tentato tutto l'arsenale medico.	*Enormi fibromi interstiziali del corpo,* che occupano tutto l'addome ed arrivano fino all'apofisi xifoide. Cavità 22 cent.	*Galvano-caustica chimica endouterina.* 12 sedute con sonda di platino rivestita di celluloide. La parte di platino libera in cavità è di cent. 7.	Ottimo come emostasi, nulla come riduzione.	Buono. Mestruazioni regolari. Il tumore pare stazionario	—
46	N. N., anni 41.	IIIpara	Abbondanti	Menorragie e metrorragie. Qualche dolore.	*Fibroma interstiziale.*	*Galvano-caustica chimica endouterina positiva.* 10 sedute. Intensità media 130 m. a.	Buono.	Buono. Mestruazioni regolari	—

Morte del neonato in causa di lesione rara

Nota del Prof. PAOLO NEGRI

Direttore della R. Scuola di Ostetricia in Venezia.

È mia persuasione, che la pubblicazione di questa nota possa essere utile, come quella, che esponendo un *fatto non comune, effetto di causa assai frequente,* getti non poca luce sopra alcuni casi pratici, e sia nello stesso tempo una non spregevole osservazione, per chi in modo speciale si dedica alla medicina forense. Questa mia credenza potrà sembrare a tutta prima un po' esagerata, ma spero che tale non sarà giudicata da chi vorrà darsi la pena di scorrere il breve scritto.

Ecco la osservazione:

Una donna primigravida in travaglio di parto viene accolta il 20 febbraio 1892 nella clinica da me diretta.

Entra alle 10. 15 pom. a sacco rotto da 10 ore e liquido quasi interamente colato, dopo aver subìto a domicilio *numerose esplorazioni e parecchi tentativi di liberazione con il forcipe.* Esaminata si constata gravida a termine, con feto vivo in presentazione di vertice, dorso a sinistra, con pelvi viziata di 1.° grado (C. V. 85-90 mill.). Il collo uterino trasformato e la bocca uterina a contorno grosso, aperta per circa 6 centimetri. Stato generale buono. Temp. 37. 9, polso 80.

Il giorno successivo alle 11. 30 ant., il parto veniva compiuto artificialmente mediante il forcipe Simpson; la indicazione allo intervento era data dalla lunghezza del periodo espulsivo (ore tre circa) e da un lieve edema che andava formandosi sui genitali esterni. Lo stato generale della donna era sempre buono. (Temp. 37. 6, polso 80).

Il vertice fetale *era impegnato* nello stretto superiore in posizione O. I. S. A., il battito sempre regolare; l'applicazione del forcipe Simpson riuscì facile e con poche trazioni valide, si portò il vertice al piano perineale e l'occipite sotto l'arcata pubica. Tolte allora le branche del

forcipe, si agevolò con manovre manuali la estrinsecazione del capo fetale attraverso i genitali esterni. Si ebbero a notare contusioni all'ostio vaginale, ma non lacerazioni di qualche valore sui genitali esterni. Nei primi 4 giorni di puerperio si ebbero elevazioni termiche, che cedettero spontaneamente, tanto che la donna abbandonava la clinica in ottime condizioni il 2 marzo 1892, cioè al 10.° giorno di puerperio; nè lo stato di benessere venne a turbarsi più tardi (1).

Il feto estratto era di sesso maschile, pesava gr. 3490, era lungo cent. 51 e presentava un diametro biparietale di mill. 85.

Fu estratto in *istato di grave asfissia bleu,* ma fu rianimato con l'uso del *solo bagno prolungato, caldo,* in maniera che mezz'ora dopo si era completamente riavuto.

L'esame del capo mostrava: ossificazione buona delle ossa, suture strette, fontanelle piccole. Sul parietale sinistro grosso tumore di parto. Il forcipe cadde obliquamente sul capo fetale dalla regione parieto-occipitale sinistra alla regione temporo-frontale destra (applicaz. diretta), e ne risultò paresi del 7.° paio di sinistra. Il giorno 22 febbraio il neonato non presentò cosa alcuna specialmente notabile, anzi era di gran lunga scemato il tumore di parto.

Il 23 si era fatto pallido, non vagiva così validamente come nei primi due giorni, e dopo breve agonia moriva nella notte.

E qui facciamo per un momento una piccola pausa: quale poteva essere stata la causa di morte? E questa domanda con noi se la fecero coloro che erano stati testimoni dello andamento delle cose.

Noi potevamo ricercare la causa determinante la morte in due fattori; tenuto conto dello stato di asfissia dal quale fu tratto il neonato, potevamo pensare ad una incompleta dilatazione polmonare: ma contro questo stava il fatto del vagito ampio, completo, e della ottima ossigenazione che offerse il neonato nel primo e nel secondo giorno.

Tenuto presente invece il modo con cui il parto era stato terminato, l'attenzione nostra veniva piuttosto fissata sopra una alterazione encefalica: era possibile che una lesione cranica avesse potuto determinare uno spandimento sanguigno, che insignificante dapprima, avesse potuto più tardi, accrescendosi, portare in campo fenomeni di compressione e

---

(1) Riparata nuovamente nella Clinica, si sgravava spontaneamente di un feto vivente a termine nel febbraio 1893.

morte in conseguenza: e per vero questo secondo fattore poteva più ragionevolmente e più verosimilmente invocarsi. Anch'esso però non era completamente soddisfacente, come quello che non rendeva ragione del perchè dopo due giorni di *assoluto benessere,* fosse rapidamente avvenuta la morte.

Ad ogni causa *traumatica volontaria* od *involontaria* noi dovevamo rinunciare, anzi qui dobbiamo aggiungere, che il neonato era stato sempre mantenuto fra pannilani e circondato da bottiglie riempite d'acqua calda, e *neppure fasciato,* come si fa ordinariamente ne' primi dì per i nati in istato di asfissia.

Ma quello che è certo, si è che profani ed anche medici, avrebbero volontieri trovato un rapporto stretto fra la morte e lo *intervento operativo,* il forcipe doveva esser stato causa di lesioni che più tardi avrebbero portato la morte: e forse tale sarebbe stata anche la nostra opinione, se il reperto necroscopico non ci *avesse svelato che ben altro era stato il meccanismo di morte in quel caso.*

Io stesso eseguii la autopsia, presente il dott. Vittorio Concato in allora assistente alla clinica, ed il sig. dott. Scarsini medico praticante.

Ecco il reperto necroscopico:

Capo. — La cute della faccia (naso, labbra, guancie), si mostra di colore rosso scuro con punteggiature emorragiche; tagli verticali praticati in quella regione, mostrano trattarsi di piccoli stravasi cutanei e qualcuno sottocutaneo.

Al *cranio* i parietali ed i frontali si mostrano affatto integri, nessuna emorragia sottocranica o sottomeningea, nessuna lesione alla sostanza cerebrale, la quale non presenta che una nota di spiccata anemia. Nessuna lesione alla base cranica, che è normalmente resistente: nessun stravaso intra o sottomeningeo alla base.

Torace. — *Polmoni* completamente distesi, galleggianti in toto e col cuore e timo, galleggianti separati, se ridotti a lobi, se ridotti a minimi frammenti, dovunque crepitanti, marmorizzati, rosei chiari data la anemia che anche qui si nota. Ridotti a pezzetti e spremuti sott' acqua, danno schiuma fatta da bollicine rosee, abbandonati ritornano prontamente a galla.

Cuore senza alterazioni, salvo poche emorragie sottopericardiche viscerali, cavità cardiache vuote.

Nessun versamento nei cavi pleurici, non emorragie sottopleuriche, non lesioni alla cassa toracica.

Addome. — Appena aperto esce sangue liquido in certa copia, si scorge poi un grande grumo sanguigno, nerastro, piuttosto consistente, raccolto sotto il mesenterio e tutto circondato da anse intestinali.

La *milza* non offre anomalia alcuna, lo *stomaco* è disteso da gaz con resti di latte nella sua cavità. Le *anse intestinali* sono pure distese da gaz. I *reni* senza alterazioni speciali, non presentano infarti urici. Nessuna cosa attira l' attenzione sul rimanente contenuto nell' addome, ad eccezione del *fegato.* Il grumo sanguigno tolto dal cavo addominale pesa *grammi cinquanta.* Tutta l' attenzione è richiamata dall' esame del *fegato.*

Quest'organo pesa grammi 170, ha la massima misura trasversale di cent. 12, quella antero-post. di cent. 7 1[2, quella verticale di cent. 4. Ha l' aspetto proprio del tessuto epatico fetale (grasso), e presenta un colorito piuttosto chiaro in armonia con la nota anemica di tutti i visceri.

È sulla faccia superiore che noi possiamo vedere quanto segue:

Per due terzi circa la superficie convessa del lobo destro si presenta di un colore oscuro, ed è manifestamente sollevata e distesa da sangue in parte liquido ed in parte raggrumato; tutta la zona sollevata è rivestita da peritoneo affatto normale ed ovunque continuo, tranne un piccolo punto nell'estremo margine destro e nella sua parte anteriore, ove tale rivestimento è rotto, e lascia allo scoperto la sostanza epatica; quest'apertura di forma grossolanamente elittica ha un diametro antero-post. di cent. 2, un diametro trasversale di cent. *uno*, mentre la zona sollevata presenta un diametro trasverso di cent. 8, ed uno antero-post. di cent. 6.

La faccia inferiore del fegato è assolutamente normale nella forma anatomica, nella consistenza, e non presenta la benchè minima lesione.

Incisa la tonaca sierosa nella zona di distacco (la glissoniana), si trova al disotto uno strato quasi uniforme di sangue coagulato, che aderisce da una parte al peritoneo distaccato, dall' altra al tessuto epatico: facendo cadere un filo d' acqua su tale strato di sangue, si scopre al disotto sostanza epatica assolutamente normale.

Il punto epifisario femorale misura *otto millimetri* di diametro trasverso, ed il corpo sternale presenta *quattro* punti di ossificazione.

Da tale reperto ne conseguiva la seguente epicrisi: *Morte da anemia acuta per emorragia endoaddominale, consecutiva a rottura di sacca emorragica sottoperitoneale, alla superficie convessa del fegato, nel lobo destro.*

Con ciò la domanda che noi ci eravamo rivolti relativa alla *causa mortis* trovava una risposta chiara ed assoluta.

I fatti osservati in vita potevano essere giustificati dalle lesioni trovate dalla necroscopia: era manifesto che la sacca emorragica dovea esser rimasta intera per i primi due giorni di vita, durante i quali fu completo il benessere del neonato; la limitata rottura e la conseguente emorragia endoaddominale, doveano essersi prodotte nel 3.º giorno, quando appunto si osservò il progressivo indebolimento dell' infante, seguito più tardi da morte.

Ma ora è mestieri domandarci, quale sia stata alla sua volta la causa della emorragia sottoperitoneale. Ed è qui che la osservazione diventa assai importante per lo studio della medicina forense, poichè la lesione in tal caso riscontrata dovea assolutamente trovar sua causa in un *fattore naturale,* essendo occorsi sotto i nostri occhi tutti i fatti relativi all' andamento del parto, ed alla vita dello infante. Ogni e qualsiasi altro fattore si dovea in conseguenza escludere a priori.

La causa che noi invochiamo è quella che noi abbiamo, fino dalle prime linee, chiamata assai frequente; è cioè, lo stato di asfissia nel quale si trovava il feto al momento della nascita.

Con l' uso del solo bagno prolungato caldo, noi siamo riusciti a togliere il feto in modo completo dallo stato di morte imminente: ma raggiunto felicemente tale intento, non era dato a noi il togliere anche quelle lesioni che indubbiamente in modo più o meno sensibile, ed in conseguenza in modo più o meno importante per le funzioni della vita, dovevano essersi prodotte nell'organismo fetale. Fra queste lesioni dovute allo stato di asfissia sono frequentissime le emorragie: i reperti cadaverici di moltissimi feti morti per asfissia, le osservazioni degli autori che scrissero su tale argomento, non ci lasciano il menomo dubbio nell' attribuire *unicamente alla asfissia* la vasta emorragia riscontrata sotto la glissoniana della superf. sup. del lobo destro del fegato.

Per chi potesse avere il benchè minimo dubbio, sarà utile il ricordare le seguenti parole di Schultze: « Grandi stravasi di sangue si osservano spesso alla superficie degli emisferi cerebrali, alla base del cranio fra le lamine del tentorium e nel canale vertebrale; talvolta nei seni cerebrali. *L' involucro peritoneale del fegato,* sempre molto iperemico, è *sollevato spesso da questo ultimo per bozze sanguigne abbastanza grosse* » (1).

---

(1) GERHARDT. « Trattato delle malattie dei bambini. » Vol. II. — SCHULTZE. « Asfissia, » pagina 17. Napoli, Jovene, 1883.

Data la formazione della estesa vescica emorragica, per causa che qui a noi sfugge (probabilmente l'aumento di tensione), l'involucro cedette in un punto limitato, e la emorragia libera endoaddominale con il quadro della anemia acuta, determinò la morte dello infante. Per chi ci domandasse, se uno stato speciale morboso del neonato poteva in qualche modo contribuire, anche in via secondaria, all' aumento della iniziatasi emorragia dovuta all' asfissia, dobbiamo rispondere negativamente. L' esame somatico del cadaverino, quello della madre e quello anamnestico, escludono in modo assoluto qualsiasi causa che potesse in questo senso essere invocata.

E qui termino non senza nuovamente esprimere la convinzione, che la osservazione mi parve importante per il pratico, come quella che può rendere ragione di taluni casi di morte che con troppa facilità possono essere posti a carico dell'ostetrico; importante per il medico legale perchè il fatto mostra una volta di più come prima di attribuire a cause estranee l'origine di lesioni che possono trovarsi ne' cadaverini fetali, è dovere assoluto di ventilare la possibilità che sieno effetto di soli fattori naturali. E ciò dico perchè mi occorse altra volta, il vedere sottoposta a procedimento per uccisione volontaria di infante una donna, per il solo fatto che i primi periti alla sezione di un feto assai prematuro, avendo riscontrato vaste emorragie sottomeningee (senza lesioni al cranio), aveano senz'altro concluso per la morte da compressione del capo: in quel caso non fu però difficile il dimostrare quelle lesioni quali unico effetto della asfissia nella quale, per molti altri fatti e ragioni che qui sarebbe inutile il ricordare, dovea essersi trovato quel fetino.

Venezia, Febbraio 1892.

Gabinetto di Patologia Generale dell' Univ. di Parma
diretto dal prof. RATTONE.

DOTT. TULLIO FERRARI

QUALCHE OSSERVAZIONE AGLI APPUNTI FATTI DAL DOTT. G. FERRUTA

AL LAVORO

Contributo allo studio dell'istologia normale e patologica delle trombe falloppiane

LETTERA APERTA AL SIG. DOTT. G. FERRUTA.

Egregio Collega,

In una recentissima vostra pubblicazione (1), a pag. 35 e 36, citando un mio lavoro dello scorso anno (2) così vi esprimete a proposito di un reperto da me descritto in esso: « Anche recentemente il Ferrari ha descritto, credendolo un reperto nuovo, la presenza in una tuba di una cavità rivestita da mucosa normale, nell'interno della muscolare quasi normale; esso non ci dice però se nell'eseguire sezioni in serie abbia potuto trovare, come avvenne al Landau, che esisteva un punto in cui questa cavità accessoria era in comunicazione col condotto principale della tuba, e che quindi potesse essere considerata come un'anomalia anatomica, come un diverticolo del condotto principale. »

Non potendo in nessun modo ammettere che quanto io ho esposto nel lavoro indicato possa coscienziosamente venire interpretato nel modo da Voi esposto, vi invito a rileggere la mia breve memoria, perchè vi possiate persuadere che quanto io ho detto sull'argomento di cui Voi intendete parlare, non si presta affatto alla

(1) FERRUTA G. « Contributo allo studio anatomo-patologico e clinico delle malattie della salpinge. » *Collezione italiana di letture sulla medicina*, Serie VI, N. 9, 10 e 11,

(2) FERRARI T. « Contributo allo studio dell'istologia normale e patologica delle trombe falloppiane. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Milano, settembre 1892.

vostra interpretazione. Scusatemi egregio collega, come fate a dire che le cavità intramuscolari della tuba da me descritte sono soltanto una? Non basta forse per esprimere che esse erano molte il dire: « Queste cavità che, varie in numero, ho trovato in tutte le numerose sezioni che ho passato in esame? » Non basta presentare una figura nella quale in un campo ristretto ce ne sono rappresentate tre? Come fate a dire che io non ho trovato un punto di comunicazione di queste cavità col lume del condotto, quando io a proposito di questa comunicazione così mi esprimo: « Verso l'interno sono riuscito in certe sezioni a trovare il loro punto di comunicazione col lume del condotto. Ove si ha questa comunicazione questa si fa a pieno canale? » Avrei io alla fine del mio lavoro concluso che tali cavità si possono considerare come diverticoli del condotto tubarico, se non avessi trovato dei punti in cui esse comunicano col lume del condotto? Scusatemi se vi faccio questa domanda: l'avete letto il mio lavoro? Una cosa della quale convengo è, che Landau e Rheinstein (1) nel 1890 abbiano descritto un fatto che si avvicina al mio in una salpinge normale; il titolo del lavoro di questi autori, ed una rivista molto incompleta che io ho letto di esso, mi hanno sviato e mi hanno fatto trascurare di consultare l'originale. Ora che ho avuto campo di esaminare attentamente la pubblicazione dei nominati autori tedeschi e la figura che in essa riportano, posso dire che, quantunque la cavità che essi hanno descritto nel terzo medio della tuba, nello spessore dello strato muscolare, come un diverticolo, abbia caratteri che la fanno alquanto rassomigliare a quelle da me descritte, pure manca in essa un carattere di normalità costantemente evidente nei diverticoli da me descritti. Infatti mentre l'epitelio di rivestimento del diverticolo descritto da Landau e Rheinstein poggia direttamente sullo strato muscolare circostante come una neoformazione epiteliale atipica qualsiasi (ciò apparisce chiaramente sia dalla descrizione che dalla figura che l'accompagna), nel mio reperto quello è sempre separato da questo da un ordine di cellule endoteliali, le quali costituiscono come una membrana di sostegno. Mentre la cavità descritta da Landau e Rheinstein, essendo una sola, può lasciare ancora il dubbio che possa essere stata prodotta dall'aver sezionata la tuba in un punto in cui (essendo essa eventualmente piegata ad angolo) il lume del condotto sia caduto due volte sotto il taglio del microtomo; questo dubbio lo possiamo assolutamente eliminare col mio reperto, avendo io in certe sezioni contemporaneamente trovato tali diverticoli in punti diametralmente opposti rispetto al lume tubarico (2). Mentre i caratteri dell'epitelio di rivestimento

---

(1) Th. Landau und Jos. Rheinstein. « Beiträge zur patologischen Anatomie der Tube. » *Arch. f. Gyn.*, 1890.

(2) Ferrari T. Loco citato, pag. 649.

dei diverticoli da me descritti sono tali (più normale di quello della restante parte della mucosa) da far escludere in modo assoluto che gli elementi epiteliali siano stati soggetti a qualche pressione; l'appiattimento che si riscontra negli elementi epiteliali (lo dice la descrizione più che la figura), che rivestono il diverticolo descritto dai due autori tedeschi, lascia trapelare invece il dubbio che la cavità da loro descritta sia stata foggiata più a cisti che a condotto. Questo dubbio che può nascere facilmente pensando all'influenza che può avere la pressione sulla forma degli elementi epiteliali, può ancora crescere quando si pensi che l'espressione unica usata dai due autori tedeschi per dimostrare la comunicazione della cavità da loro descritta col lume tubarico, non delinea chiaramente il modo col quale tale comunicazione si compie. Dire infatti che questo diverticolo penetra ad angolo retto nel lume tubarico, secondo me, è una espressione molto meno chiara di quella da me usata: « Ove si ha questa comunicazione essa si fa a pieno canale. » Non potrebbe forse una cisti della parete tubarica far prominenza nel lume del condotto senza per questo comunicare con esso? È bensì vero che gli autori citati vogliono nel loro reperto trovare una condizione capace di favorire una gravidanza tubarica, per la eventuale possibilità di penetrazione dell'uovo fecondato in tali cavità secondarie; ma ciò non toglie che la dimostrazione esatta, assoluta della comunicazione della cavità da loro descritta col lume tubarico faccia difetto. Nella figura pure da loro riportata nel testo, manca quanto si richiederebbe per completare l'incompleta loro descrizione.

Per riepilogare adunque quello che sono andato esponendo dirò, che quello che Voi avete scritto sul mio reperto non è che un errore di interpretazione, errore che io voglio credere impossibile possa succedere ad altri. Riguardo poi alla priorità del reperto da me descritto dirò che, sia per la struttura che per il numero dei diverticoli da me descritti nella tuba, è mia opinione che questi risultano dal mio lavoro dimostrati in un modo assoluto, mancando al reperto di Landau e Rheinstein quello che Voi volevate mancasse nel mio per completarne la descrizione.

* * *

Ora che ci siamo intesi a proposito delle cavità intramuscolari della tuba, perdonatemi se vi faccio una domanda sul vostro lavoro (1): a qual punto della tromba falloppiana appartengono quei due reperti che Voi descrivete a pag. 26 e 27 per salpingiti emorragiche? Credete forse che un reperto analogo al vostro

(1) Ferruta G. Loco citato.

possa venire senz'altro descritto come una struttura eccezionale se non si fa parola del punto della tuba dal quale vien presa? Non avete letta la descrizione che dà l'Orthmann (1) della disposizione che tengono i vasi della mucosa tubarica normale in prossimità del padiglione? Non avete veduto le due figure che questo autore riporta nel suo lavoro? Di queste figure una (figura 2) rappresenta una sezione completa di un padiglione di tuba a piccolo ingrandimento. (Microscopio Hartnak Oc. 2, Ob. 4), l'altra rappresenta un piccolo tratto della figura antecedente a più forte ingrandimento (Microscopio Hartnak Oc. 2, Ob. 7). Non vi ricordate di aver visto a Padova in qualche mio stesso preparato una disposizione identica a quella che Voi descrivete per salpingite emorragica? Quei preparati io li tengo ancora presso di me, e sono stati tolti dal padiglione di una tuba di donna operata di ovaro-salpingectomia e nella quale se le ovaie erano alterate, le salpingi lo erano ben poco (salpingite catarrale leggiera senza ombra di raccolta ematica). Nelle numerose sezioni che avete dovuto esaminare per lo studio delle malattie della salpinge, non vi siete accorto come è varia la grandezza ed il numero dei vasi della mucosa dell'ovidotto a seconda del punto di esso che si prende in esame ed a seconda del periodo in cui si trovava la donna al momento dell'ablazione? L'importanza del reperto da Voi descritto sarebbe stata certamente messa in evidenza se non aveste omesso di far cenno del punto della tuba nel quale esso fu riscontrato; con tale omissione esso non ha valore alcuno.

Vostro collega dott. Ferrari.

---

(1) Orthmann. « Beiträge zur normalen Histologie und zur Pathologie der Tuben. » *Virchow's Archiv*, s. 165, 1887.

RASSEGNA

G. Ferruta. — **Contributo allo studio anatomo patologico e clinico delle malattie della salpinge** — *Collezione italiana di letture sulla medicina,* Serie VI, N. 9, 10, 11. Milano, edit. F. Vallardi.

I. L'A. incomincia la sua memoria con uno sguardo anatomico circa la posizione reale delle tube e degli annessi, indi si sofferma alquanto ad esaminare gli spostamenti, cioè quelle anormali posizioni dovute ad aderenze che si stabiliscono sul peritoneo della piccola pelvi. Le aderenze costituiscono talora le più gravi difficoltà operatorie e possono dar luogo, se lacerate, ad emorragie più o meno gravi a seconda che si tratti di aderenze recenti oppure antiche. Tocca di volo le alterazioni grossolane e macroscopiche delle tube, ricordando i lavori di Terrillon di Landau, di Schramm e di Neelsen. È noto perchè una raccolta tubarica si formi, essere necessario l'atresia dell'orificio addominale, non è necessario che l'orificio tubo uterino sia impermeabile, ma l'A. crede che i bruschi piegamenti, quasi angolari della tuba, bastino a dar origine al così detto *Hydrops tubæ apertus*, in cui nè l'ostio uterino, nè quello addominale sono per nulla chiusi.

Accanto però a queste occlusioni meccaniche esistono vere occlusioni anatomiche permanenti, occasionate da fatti infiammatori, delle quali alcune legate a manovre di intervento endo-uterino eseguito con pochi riguardi di antisepsi. Si occupa in seguito della topografia delle raccolte tubariche, e poscia della eziologia batteriologica delle raccolte salpingitiche ricordando i lavori di Delbet, di Menge e di Zweifel; accetta la infezione mista accordando collo Zweifel una gramde importanza al gonococco. La infezione può avere altresì origine da punti lontani e cita due fatti di infezione attribuibile ad antecedente infezione tifica. Nelle osservazioni circa la presenza di microrganismi nelle raccolte tubariche si rammenta spesso lo streptococco, e quasi mai lo stafilococco; ed appoggiandosi sulle ricerche di Döderlein sul secreto vaginale delle donne gravide, rileva il nesso fra il secreto patologico e la malattia che si svilupperà poi in seguito.

Discorrendo poscia di alcune salpingiti che sembrerebbero prodotte da microorganismi di virulenza attenuata (Döderlein) richiama l'attenzione sulla acidità del secreto vaginale come capace di simile attenuazione. Non essendo gli autori

molto concordi sui reperti batteriologici, non reputa conveniente il prendere a guida di una classificazione delle salpingiti il criterio batteriologico stesso.

Il criterio desunto dalla anatomia macroscopica non è pur esso di molta importanza, soltanto la istologia patologica ha permesso di correggere questo punto debole. L'A. si è occupato in modo particolare di essa; interessante è la esposizione dei reperti istologici della tuba normale, in cui l'A. avrebbe trovato una duplicità del rivestimento epiteliale, osservazione questa affatto originale. I preparati di tuba normale servono di base per lo studio delle diverse alterazioni che possono colpire la tuba.

a) Nelle salpingiti catarrali si avrebbe: 1.° modificazione e scomparsa dell'epitelio di rivestimento; 2.° aumento di spessore delle pieghe della mucosa; 3.° infiltrazione di queste pieghe. L'A. crede inoltre che vi sia una vera neoformazione vasale nelle pareti delle tube ammalate, ma questi vasi sono alterati ed in alcuni potè dimostrare una vera endo-arterite obliterante, che egli reputa doversi ad un rallentamento della corrente sanguigna, per stasi della circolazione pelvica. Accenna che di volo tali alterazioni erano già state notate da Delbet, da Ferrari, dal Paladino e da Williams.

b) Salpingiti emorragiche. In esse ha riscontrato le pareti enormemente infiltrate di piccole cellule, e nelle pieghe della mucosa una enorme quantità di vasi, alcuni dei quali di calibro considerevole, in taluni punti da distruggere per compressione il tessuto fondamentale.

c) Salpingiti obliteranti. Un esemplare, nelle cui sezioni non si trova traccia alcuna di foro, e qua e là è scomparso altresì ogni vestigio di mucosa. L'A. trova che l'apparente ipertrofia ascrivere non si debba ad ipertrofia della tonaca muscolare.

d) Salpingiti purulente. In esse vi si riscontrano i reperti somiglianti a quelli delle catarraliana più accentuati.

Col nome poi di *raccolte tubariche* intende quelle forme morbose croniche delle salpingi, che rappresentano gli esiti di processi acuti. Carattere comune a queste si è l'estrema sottigliezza delle pareti della tuba, qualunque sia la raccolta. Circa la topografia che esse acquistano, nota la posizione posteriore, e non crede alla frequenza dello sviluppo endo-ligamentoso, potendo spesso le fitte aderenze ingannare su questo punto.

e) Salpingiti complicate. Ricorda l'ematocele e riepilogando propone la seguente classificazione:

Salbingiti acute e sub-acute	salpingite catarrale » emorragica » obliterante » purulenta

Peri salpingiti

Forme croniche: raccolte tubariche { idro salpinge, emo salpinge, pio salpinge.

Ricorda in seguito la cisti tubo-ovarica, sulla genesi della quale l'ultima parola non è ancora detta.

Aggiunge che parecchie volte nelle sezioni in serie si incontrò in diverticoli della mucosa già noti al Landau ed a Rheinstein, e che pure il Ferrari descrisse recentemente, credendolo un reperto nuovo, cioè la presenza in una tuba di una cavità rivestita di epitelio normale, nell'interno della muscolare quasi normale. Aggiunge però che il Ferrari non ha dimostrato la comunicazione di detta cavità col condotto principale della tuba.

II. Divide i sintomi della affezione in generali e locali, fra i locali osserva che il dolore può mancare, e specialmente non essere in rapporto colla mole della tumescenza. Il dolore si esacerba ad ogni ricorrenza mestruale. Le emorragie dei periodi intermestrui le crede legate ad endo-salpingiti emorragiche, anzichè a stati flogistici dell'endometrio, sempre fra i sintomi locali annovera la leucorrea intermittente, i dolori che colgono la donna allorquando si abbandona all'amplesso sessuale, ai premiti della defecazione, inevitabili per la abituale o frequente stitichezza; i dolori nella deambulazione. Accenna alla colica salpingitica di Leopold, non accordandovi però un gran valore.

Ai sintomi generali è legato il profondo deperimento della persona, l'anemia per oligocitemia sulla quale l'A. ha istituite speciali indagini, l'atrofia bruna del miocardio, riscontrata parecchie volte alla bara anatomica sopra operate di salpingectomia e che gli porge occasione di fare delle ipotesi circa le indicazioni operatorie e dei paralleli con quella degenerazione grassa che è prodotta dalla cloronarcosi.

Come sintomo generale viene in seguito tutto il corteo dei disturbi nervosi gravi, cioè spesso vi figura la grande isteria. Cita sei casi. Annovera altresì la Ein-Kind-Sterilität dei tedeschi ed a proposito della sterilità in genere ritorna a toccare della blenorragia, sulla quale dopo i lavori dello Zweifel si è divenuti un poco più scettici. Parla incidentalmente della assistenza ai parti, ed opina che la origine della salpingite non sia per reflusso di liquido dalla cavità dell'utero verso la tromba, ma bensì la propagazione avverarsi per contiguità da mucosa a mucosa.

La febbre di regola non manca sull'inizio. Ma quale è la successione cronologica dei diversi stadi della affezione? Le prime alterazioni sono quelle dell'epitelio e delle condizioni circolatorie, dipendenti probabilmente dalla presenza del

gonococco di Neisser; altri agenti infettivi arrivanti dall'esterno producono le alterazioni successive.

In grazia dei dolori che si suscitano colle manovre combinate della esplorazione, l'A. crede che per istituire una esatta diagnosi sia necessario ricorrere alla narcosi cloroformica. Accenna con vedute critiche al sintomo patognomonico di Landau, concede molto valore invece al solco esistente fra tumescenza ed utero, alla mobilità e posizione di quest'ultimo. Termina il secondo capitolo indicando il modo col quale si pratica l'esame ginecologico nella Clinica di Padova.

III. Nel terzo capitolo si occupa dell'ardua questione del trattamento terapeutico. Rileva innanzi tutto la inferiorità dei mezzi medici, fra i quali per altro annovera alcuni non destituiti di qualche valore, quali a cagion d'esempio il riposo assoluto, le irrigazioni, purchè fatte da persona dell'arte, la applicazione del ghiaccio. Passa in rassegna i mezzi chirurgici incominciando dal raschiamento, che da alcune osservazioni che riporta, crede più dannoso che utile. Nè con parole di soverchio entusiasmo si esprime riguardo al massaggio ed al cateterismo delle tube. Ricorda di volo la puntura e la escisione in 2 tempi di Wiedow.

Venendo finalmente a soffermarsi sulle operazioni radicali proposte, non cela che nelle statistiche vi è ovunque il difetto di non aver tenuto conto del criterio di distinzione fra le varie forme morbose per cui le operazioni vennero eseguite; ed accennando ai pericoli che circondano talune operazioni, annovera le eventuali rotture delle tube durante l'atto operativo, a proposito delle quali passa in rassegna le esperienze, gli studi e le conclusioni sull'argomento, e per logica conseguenza fa cenno altresì del lavaggio peritoneale e del drenaggio, a proposito dei quali fa noti i risultati ottenuti nella Clinica del prof. Inverardi.

Uno degli inconvenienti che ritardò assai la guarigione delle laparotomie e e che l'A. ha osservato diverse volte, fu la mancata adesione delle suture delle pareti addominali; fatto che si presentò con una stranezza persistente; suppurazione dei punti di trasfissione degli aghi, in cui le colture fecero palese lo stafilococco piogeno.

Riguardo alla questione dell'ernia e di altri disturbi che rimangono direttamente od indirettamente come postumi delle laparotomie, l'A. dopo minuto esame dei risultati remoti delle stesse, crede che giustamente si sia levato il grido contro l'abuso della operazione di Lawson Tait, che diede poi origine alle modificazioni, quali la salpingostomia, la resezione delle trombe e l'operazione di Polk, operazioni che potrebbero chiamarsi col nome di processi conservatori.

Viene a parlare della isterectomia vaginale, accenna a' suoi fautori in Francia, non tacendo però della poderosa opposizione di Samuel Pozzi. Espone 5 casi felici dell'Inverardi, il quale già da qualche tempo sceglie per la cura chirurgica delle

malattie degli annessi la via vaginale. Nelle donne operate di isterectomia il decorso post-operatorio è assai meno grave che non nelle laparotomizzate, e ciò crede in rapporto alla minore gravità della incisione del peritoneo pelvico in confronto del peritoneo addominale.

Sono esposte le norme addottate dall'Inverardi nelle isterectomie e nelle castrazioni utero-ovariche, le quali del resto non si scostano gran fatto dal classico procedimento delle legature frazionate.

Conclude: I. Che le malattie degli annessi vanno considerate come specialmente gravi anche dal lato generale, non solo dal locale.

II. Che l'indicazione operatoria risulta da un complesso di fattori, la condizione sociale della donna, l'entità dei sintomi, la gravità delle anatomiche lesioni.

III. Che debbono porsi argini all'intervento troppo esteso col pensare al procento di esiti incerti.

IV. Che l'operazione di Tait è talora causa di tali esiti sconfortanti perchè incompleta.

V. Che la isterectomia congiunta alla castrazione per vagina deve essere seriamente provata, perchè razionalmente più completa, meno pericolosa per la vita, e coronata da successi più rapidi e migliori.

Chiude la memoria una tavola in cui sono comprese tutte le laparotomie ed isterectomie praticate dall'Inverardi nell'ultimo biennio.

Alcune figure istologiche cromolitografiche sono annesse alla memoria.

Decio.

Pinard. — **Nouveaux documents pour servir à l'histoire de la grossesse extrautérine.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, juillet et suiv., 1892.

Dodo aver dettagliatamente esposte varie osservazioni l'autore viene a concludere: che non sempre la gravidanza extrauterina richiede delle malattie anteriori dell'apparato genitale.

Che l'inizio dei primi disturbi avvenne verso la fine del primo mese sotto l'aspetto di turbe peritonitiche, gastriche, intestinali e vescicali. Mancò l'espulsione della caduca nella massima parte dei casi. I menstrui che mancano nella gravidanza ci appaiono 2 o 3 mesi dopo la morte del feto. I rapporti dell'utero colla sacca fetale sono oltremodo variabili. I feti, ordinariamente muoiono prima del loro completo sviluppo.

Ordinariamente la cisti fetale è immobile per aderenze, e talora può presentare delle contrazioni così gagliarde come le uterine. La cisti fetale può essere circondata da aderenze intestinali non suscettibili di distacco.

La cisti fetale presenta sempre 2 loggie l'una fetale, l'altra placentare, che si possono rompere separatamente, la loggia fetale poi può essere divisa da sepimenti da rendere difficile l'estrazione del feto. Essa in certi casi pe' suoi rapporti è più accessibile dalla via vaginale, laonde può nascere l'indicazione della elitrotomia e della laparatomia; non bisogna essere esclusivisti, ma adottare interventi diversi a seconda dei casi, talora giova assai la *marsupializzazione* della cisti. Può avvenire la rottura del sacco ad un epoca avanzata della gravidanza senza produzione di emorragia nè di peritonite. Dopo tre mesi dalla morte del feto si può procedere senza danno alla estrazione immediata della placenta. Accidenti gravi possano verificarsi pochi giorni dopo la morte del feto.

Le osservazioni riportate dall'autore mettono in rilievo i grandi benefici che possono scaturire da un giudizioso intervento nei casi di gravidanza extrauterina, poichè riunendo le proprie osservazioni ad altre pubblicate antecedentemente offre 12 donne operate, ed 11 guarite. La sola che morì fu operata in *articulo mortis*.

Decio.

Chalot. — **Les Kystes Wolffiens du vagin**. — *Ann. de Gyn. et Obst.*, juillet et suiv., 1892.

Divide le cisti della vagina in *ghiandolari* o da ritenzione, in *cisti linfatiche* sottomucose, in *igromi*, in *collezioni sierose*, in *cisti consecutive ad ematomi*, in *cisti Wolfiane*, cioè a dire sviluppate nel tratto inf. delle vestigia de dotte di Wolff, in *cisti di Müller*, analoghe alle precedenti ed infine in *cisti idatiche paravaginali*.

Cita una osservazione propria: cisti volfiana della parete antero-laterale destra della vagina. Raschiamento ed escisione della cisti. Seguì un po' di emorragia, non venne praticata sutura alcuna.

Il decorso fu normale. Da un dettagliato reperto microscopico della parete della cisti, che andando dalla superficie della vagina verso la profondità è costituita: 1.° epitelio pavimentoso per stratificato — 2.° derma della mucosa vaginale — 3.° strato di fibre muscolari e tessuto contenente enorm vene — 4.° derma della membrana propria della cisti — 5.° strato di epitelio cilindrico. Differenzia le cisti volfiane dalle mülleriane, per ciò che: 1.° è di certo una cisti volfiana quella che occupa le pareti antero-laterali della vagina e si prolunga verso il legamento largo ed è provvista di epitelio cilindrico — 2.° una cisti che abbia uguale sede e prolungamento, ma senza epitelio, può ugualmente ritenersi volfiana — 3.° una cisti ad ugual sede, con epitelio cilindrico, senza prolungamento da arrivare fino al fornice riconosce assai probabalmente la stessa origine — 4.° una cisti, ad ugual sede, e con epitelio differente senza prolungamento non può essere annoverata fra le volfiane.

Decio.

Dott. Heywood Smith. — **Sub peritoneal Hysterectomy** (*Isterectomia subperitoneale*). — *The British Gynaecological Journal*, May 1892.

Intitolò così la sua comunicazione per amore di brevità. Titolo più appropriato sarebbe: governo intrapelvico ed extraperitoneale del peduncolo in caso di isterectomia. L'A. passa in rivista i metodi più comunemente in uso nel trattamento del peduncolo cervicale, cita dei casi di trattamento intrapelvico operati da vari chirurghi e riferisce i seguenti che gli appartengono:

Caso I. — Donna di 55 anni, maritata da 19, nessuna gravidanza. Fibroma duro che arrivava all'ombellico, il dito passava attraverso il collo e sentiva il tumore. Aperto l'addome estrasse l'utero e pose una legatura elastica alla base del tumore, incise le pareti uterine al disopra e snucleò il tumore dal suo letto nella cervice. Emorragia per scivolamento di vasi al disotto del laccio, due grossi vasi vennero legati separatamente, la legatura elastica venne serrata di più, il moncone regolarizzato e toccato con olio fenicato caldo. Il peritoneo venne suturato fortemente al disopra del moncone con seta e sutura alla Lembert. Tolta la legatura elastica il moncone dava sangue in un sol punto che venne legato. Sutura delle pareti, durata dell'operazione 80 minuti. Al secondo giorno si ebbe elevazione di temperatura, al settimo vennero tolti i punti, guarita la ferita addominale. 16 giorni dopo l'operazione indicando la temp. che vi era formazione di pus, l'A. introdusse la sonda nella cavità cervicale per due pollici e un quarto e diede esito ad una quantità di pus di cattivo odore. Questo ha dovuto ripetersi di tempo in tempo e si fecero iniezioni fenicate nel canal cervicale. L'ammalata guarì e lasciò l'Ospitale 36 giorni dopo l'operazione.

Caso II. — Donna di 35 anni, maritata da 10 senza figli. Fibroma molle o cisto-fibroma. Aperto l'addome dall'ombellico al pube estrasse il tumore. I legamenti larghi piuttosto corti vennero assicurati con pinze taglienti, laccio elastico alla base del tumore ed esportazione di questo, che era formato da due masse e la loro base combinata era molto ampia. Essendosi questa rapidamente contratta si ebbe profusa emorragia, il moncone fu preso con pinze e le arterie uterine vennero legate. Le superfici cruentate furono suturate con catgut ed il moncone uterino con punti alla Lembert. Durata dell'operazione 2 ore e 7. Dal quinto all'ottavo giorno si ebbe rialzo di temperatura. La sutura delle pareti fu tolta al sesto giorno, incisione guarita. L'A. introdusse una sonda nel collo uterino che non penetrò che mezzo pollice e non ne sortì pus. Il piano della pelvi a destra era duro e intasato, non dolente. All'ottavo giorno la tumescenza era più marcata, introdusse un'ago e aspirando non ottenne che poche gocce di sangue. Il giorno dopo fece un'incisione nel fornice destro ed evacuò del sangue e dei coaguli in degenerazione di cattivo odore, tamponamento con garza all'iodoformio. Ad onta dell'incisione la tumescenza crebbe sino ad arrivare all'inguine destro. L'operata lasciò l'Ospedale guarita 38 giorni dopo l'operazione, dopo però che le furono fatte

altre incisioni e drenaggio. Una volta sortì dal collo uterino del pus di cattivo odore. Ritiene questo ematocele dovuto a qualche piccolo vaso arterioso che non fu compreso nella legatura, e quantunque sia da deplorarsi perchè ritardò la guarigione, pure la ritiene una complicazione fortunata nello stadio d'investigazione attuale, perchè dimostra che se il peritoneo ha tempo sufficiente, 48 ore, ed è stato ben suturato, la sua unione è così sicura da non lasciar temere che pus o sangue possa entrare nella sua cavità. Il piano peritoneale della pelvi è stato in questo caso spinto tanto in alto da poterlo passare al disopra del bordo pelvico, eppure la sutura tenne, e per quanto riguarda l'operazione fu un successo.

Caso III. — Aperto l'addome trovò che la fronte del tumore era coperta dal legamento largo sinistro e la tromba considerevolmente allungata ed ispessita. Non si trovò l'ovaio sinistro che era situato profondamente. Il legamento largo in parte separato dal tumore e la tuba legata e divisa. Il tumore, cosa rara, nei fibromi, era estesamente aderente al fondo della pelvi; tolte le aderenze utero e tumore furono stirati fuori dall'addome. Posta una legatura elastica attorno alla cervice l'A. divise il peritoneo a livello circa dell'orificio interno e lo staccò in basso, trafisse la cervice e ne legò le due metà con seta all'interno dei lembi peritoneali ed esportò l'utero coll'ovaio destro. Qualche punto sanguinante del legamento largo di sinistra e l'arteria uterina dell'altro lato furono legati separatamente. La ferita pelvica peritoneale venne allora chiusa con sutura continua con catgut all'acido cromico ed il peritoneo al disopra della cervice con sutura alla Lembert. Vennero legati alcuni punti nella pelvi ove erano state staccate le aderenze, poi la ferita venne chiusa ponendovi un drenaggio in causa delle aderenze stesse. In sesta giornata vennero tolte le suture. L'ammalata ebbe dolori nella regione dell'ovaia sinistra e perdita colorata nel nono e decimo giorno dopo l'operazione. Il drenaggio venne tolto il terzo giorno. Si ebbero segni di suppurazione e sortì pus dal collo uterino un mese dopo l'operazione. Con una pinza l'A. estrasse la legatura di seta che trovavasi attorno la cervice ed anche la legatura con catgut posta sull'arteria uterina. Dopo d'allora l'ammalata continuò sempre bene. In questo caso il peritoneo chiuso al disopra del moncone uterino resistette alla suppurazione del canal cervicale che arrivava sino al disotto di esso.

L'A. ritiene che dai casi esposti si possa dedurre:

1.° Che non vi sono due casi eguali e per conseguenza non si può stabilire una linea netta nel trattamento del peduncolo. Il fibroma invade l'utero in tanti modi e situazioni che bisogna lasciare una certa scelta all'operatore, ma bisogna ricordare che quando è possibile l'applicazione del metodo sub-peritoneale, questo presenta tanta probabilità di successo quanto ogni altro, e lascia gli altri organi pelvici liberi e non influenzati da alcuna costrizione o aderenza.

2.° Che il metodo di Byford (fissazione vaginale del peduncolo), non si raccomanda in causa del tempo necessario per l'operazione e gli si può fare la grave obiezione che le manipolazioni sono richieste tanto nell'addome che nella vagina durante la stessa operazione.

3.° Che il consiglio di Skene di dilatare ed invertire il canal cervicale praticamente è molto difficile e che contro di esso vi è la stessa obiezione delle manovre richieste nell'addome e in vagina.

4.° I migliori metodi secondo l'A. sono quelli di Goffe e Milton colle modificazioni da lui apportate.

I punti più importanti dell'operazione sono:

a) Formare i lembi peritoneali grandi a sufficenza.

b) Legare ogni branca dell'arteria uterina se è possibile separatamente.

c) Riunire tutta la ferita del peritoneo pelvico con una sutura continua con catgut all'acido cromico, avendo cura di usare la sutura alla Lembert al disopra del moncone uterino, così che esso sia interamente coperto dal peritoneo.

È a raccomandarsi che il moncone cervicale sia diviso il più in basso possibile perchè la proporzione tra tessuto connettivo e tessuto contrattile è maggiore che nella parte più alta dell'utero ove prevale il tessuto contrattile.

Restano ancora tre punti a discutersi:

1.° Si deve usare il drenaggio? Ritiene che quando si abbiano incontrate aderenze e conseguente gemizio si debba usare il drenaggio per almeno 24 ore, ma che non necessita quando dopo la sutura del peritoneo la pelvi rimane asciutta.

2.° Si deve distruggere il canal cervicale col cauterio attuale o con qualche altro caustico? Questo è un punto importante ed è meglio sia discusso assieme al seguente.

3.° Si deve trafiggere e legare la cervice come il peduncolo in un'ovariotomia all'indentro dei lembi peritoneali?

Ritiene che se i vasi sanguigni sono bene assicurati da ciascun lato della cervice, in modo che non vi sia perdita di sangue, è meglio non legare il moncone cervicale perchè tale legatura ha tendenza a produrre suppurazione in connessione col canal cervicale e la guarigione è ritardata sino a che la legatura sorte dall'orificio esterno. Ma la questione della distruzione della completa occlusione se è possibile del canal cervicale deve essere considerata. Se il canale è obliterato è di molto diminuita la probabilità della suppurazione; d'altra parte se il canale è lasciato aperto, sebbene sia in connessione colla vagina e l'aria abbia tendenza a produrre suppurazione all'estremità tagliata del moncone, pure essendo il canale aperto il pus può sortire facilmente ed il pericolo che possa aprirsi una strada nella cavità addominale è ridotto al minimo. L'A. quindi è inclinato a raccomandare che si lasci aperto il canale cervicale, che lo si pulisca, se si crede, con acido fenico e che la vagina sia mantenuta asettica il più possibile con garza all'iodoformio od altro.

Discussione. — Il presidente *J. Greig Smith* protesta perchè venne chiamata imperfetta (crude) l'isterectomia sopravaginale con fissazione del peduncolo all'esterno. Scopo del chirurgo è di salvare la vita e poco gli importa se ha un peduncolo che si scompone o no se con tal metodo ottiene migliori risultati. Mette in guardia poi contro la tendenza di generalizzare sulla scorta di pochi casi. I tumori che pesano 6, 8 o 10 libbre possono con facilità essere rimossi col metodo intraperitoneale, ma quando si ha a che fare con tumori di 20, 30 ed anche 40 libbre allora diventa necessario di ponderare attentamente quale operazione convenga scegliere. Sino a che l'esperienza di un operatore comprenda non solo un gran numero, ma anche una grande varietà di casi (tumori di tutte le dimensioni) egli non ha il diritto di generalizzare. Nota che in quasi tutti i casi citati dall'A. si ha avuto formazione di pus che metteva in pericolo la vita delle pazienti. È evidente che qualsiasi operazione che è causa di suppurazione in un punto non in vista e che non si può raggiungere con un drenaggio deve essere ritenuta come sospetta. Quanto poi al parlare di legare le arterie ovariche ed uterine così facilmente come fecero alcuni degli operatori citati dall'A., è cosa che fa sorridere. E invero cosa farebbero tali operatori se avessero a che fare con un grosso tumore che venisse dalla pelvi e che innalzasse il piano pelvico come una gravidanza ad otto mesi stirando i legamenti larghi in modo che essi virtualmente cessano di esistere? Quando il tumore è tolto, il peritoneo pelvico ed i legamenti larghi sono levati con esso. Come vogliono essi procedere alla legatura delle arterie o assicurare con clamp i legamenti larghi? Personalmente egli ha relativamente una piccola esperienza in queste operazioni, 18 o 20. Dieci casi furono trattati col metodo intraperitoneale, ma erano casi facili, gli altri coll'extraperitoneale. Non ebbe casi sfavorevoli, ma ogni ansietà gli è stata data dalle operazioni intraperitoneali.

Lawson Tait non può esprimere le sue idee sull'argomento in modo più conciso e chiaro di quello che è stato fatto dal presidente. È del parere che è divertente di sentire un uomo il quale ebbe solo 4 o 5 casi parlare sulla facilità colla quale questo o quello può esser fatto. Un'operatore citato dall'A. parlò di fare un lembo a livello dell'orificio interno, ma nella maggior parte de' suoi casi appena che il tumore si mostrò, venne inciso prima che fosse possibile conoscere se si aveva a che fare coll'utero o no. Non era che dopo che il tumore era rimosso che si conosceva quali erano le dimensioni e le condizioni della cavità uterina. Inoltre le variazioni in ogni singolo caso erano tali che nessuna regola poteva stabilirsi per applicarla a tutti o alla maggior parte di essi. Con un'esperienza di molte centinaia di casi egli solamente asserisce che in mancanza di qualche grande scoperta, di natura sino ad ora nemmeno intraveduta, il metodo intraperitoneale non è possibile venga generalizzato. Dalla sua esperienza risulta che col metodo extraperitoneale la mortalità dell'isterectomia non eccede il 5 0[0, purchè prima non vi sia stato trattamento coll'elettrolisi. Che il metodo del clamp sia imperfetto o no, al presente è il solo metodo applicabile a tutti i casi.

Dott. *A. Rasch* ritiene che si possa prevenire l'emorragia e la suppurazione nel trattamento intraperitoneale del peduncolo col metodo di Schröeder migliorato in alcuni dettagli da Brennecke di Magdeburg. Ritiene il trattamento intraperitoneale l'ideale, ed ogni miglioramento di esso, farà sì che sia sempre più adottato. In certi casi difficili sembra che sia il solo che renda un'operazione possibile.

Ripresa la discussione nella seduta successiva il

Dott. *Bantock* mostra sette preparati di fibromi uterini che illustrano sei metodi differenti di operare colla laparotomia. Questi metodi sono i seguenti:

1.° Enucleazione del tumore ed obliterazione del suo letto con varie suture. Rimozione anche degli annessi.

2.° Applicazione del serranodi a un fibroma peduncolato lasciando il corpo uterino, le trombe e le ovaia intatti e fissando il peduncolo nell'angolo inferiore della ferita.

3.° Applicazione del serranodi attorno all' utero a livello circa dell' orificio interno comprendendo ovaia e trombe. Amputazione all' esterno del serranodi e fissazione del peduncolo all'angolo inferiore della ferita.

4.° Applicazione di legatura elastica, divisione circolare del rivestimento uterino, enucleazione parziale del corpo uterino assieme al tumore, così da diminuire lo stiramento sui legamenti larghi, applicazione del serranodi, amputazione dell'utero e fissazione del peduncolo nell'angolo inferiore della ferita. Con questo metodo gli annessi ponno essere inclusi nel serranodi e legati separatamente od anche lasciati intatti a seconda delle circostanze.

5.° Divisione dei legamenti larghi onde poter portare fuori della pelvi il tumore, legatura elastica, snucleazione del tumore, applicazione del serranodi così da inchiudere gli annessi e fissazione del peduncolo all'angolo inferiore della ferita.

6.° Legatura elastica, enucleazione del tumore e del corpo uterino dopo la divisione circolare del peritoneo uterino, applicazione del serranodi al corpo uterino così enucleato, legatura separata e rimozione degli annessi e fissazione del rivestimento peritoneale alle pareti.

Dopo d'aver descritto i tumori e ciascuna operazione dice esser sua opinione che non esista altro metodo di trattare tali tumori con risultati così favorevoli che l'extraperitoneale. Quanto all'operazione del dott. Goffe, modificata dal dottor H. Smith ritiene che tal metodo, che quasi di necessità sembra invitare alla suppurazione (o alla formazione di un'ematocele) e che richiede la dilatazione della cervice per la rimozione delle suture non ha motivo di raccomandarsi. È rimarchevole il fatto che il dott. Martin di Berlino, il quale ha probabilmente la maggior esperienza del metodo intraperitoneale fu indotto ad allontanarlo per un'altro che a prima vista sembra molto più difficile ed azzardoso, l'estirpazione completa dell'utero. È sempre stata sua opinione che vi sono pochi casi nei quali sia perfettamente sicuro il metodo intraperitoneale. Tali sono i casi di fibromi piccoli o sottoperitoneali nei quali la cavità uterina non è aperta, tale è pure il caso dei fibromi peduncolati, purchè il peduncolo non sia troppo grosso e troppo vascolare. In questi casi preferisce il metodo intraperitoneale col quale ebbe sempre buoni risultati, ma non riguarda tale processo come sicuro quando il tumore è grosso, e non ritiene che sia reso più sicuro seguendo la modificazione del dottor Carlo Braun di Vienna, che consiste nell'assicurare la ferita uterina alle pareti sulla linea dell' incisione addominale allo scopo di impedire che sangue o pus possa entrare nella cavità addominale. I risultati mostreranno quanto sia giustificato il nuovo metodo di Martin, sa però da buona fonte che la mortalità nei suoi primi casi fu molto alta. Si può però di tal metodo dire che si avvicina molto se pure non raggiunge quanto è desiderato da L. Tait, cioè che se il metodo intraperitoneale verrà a sostituire l' extraperitoneale, ciò sarà solo con metodo totalmente

diverso da quelli sin'ora impiegati, opinione che è pienamente condivisa dall'oratore. Lo stesso può essere detto del metodo di Pean della estirpazione totale della vagina. Crede che i casi che si prestano per questo metodo sono precisamente quelli nei quali l'ablazione degli annessi dà eccellenti risultati.

M. Jessett crede che colla conoscenza attuale dei differenti metodi di eseguire l'isterectomia sia molto difficile lo stabilire quale sia il metodo migliore. Difficilmente s'incontrano due casi eguali e quantunque si possa aver stabilito un piano di condotta prima di aprire l'addome, quando il tumore è scoperto può darsi di doverne adottare uno totalmente differente. Cita due casi a conferma del suo asserto.

Dott. *W. Maunsell.* Nei rari casi di mioma nei quali è assolutamente indicata l'isterectomia l'utero deve essere esportato completamente come se fosse affetto da mioma col metodo intraperitoneale e conclude col dire che la miomectomia extraperitoneale deve essere subito e per sempre abbandonata perchè è un'onta per la chirurgia della fine di questo secolo e che tutte le forme di clamp uterini, ecraseur, ecc. devono essere senza ritardo mandati ad un museo di istrumenti chirurgici barbari ed antiquati.

Dott. *Leith Napier* è del parere che se non si provano nuovi metodi, un'operazione non può fare progressi. La mortalità del metodo extraperitoneale è poco al disotto del 30 0[0. Ora non si può con altri metodi diminuirla? Discute i dettagli del metodo intraperitoneale che seguirà appena gli si presenterà un caso adatto.

Dott. *Parsons* crede Tait in errore quando pensa che la cura Apostoli è causa di aderenze. Se nascono aderenze dopo la cura Apostoli sono dovute alla mancanza di precauzioni antisettiche che conduce alla pelvi peritonite.

Dott. *Spanton* spera che il metodo extraperitoneale proposto da Smith sarà con alcune modificazioni impiegato.

Dott. *H. Smith* risponde alle osservazioni che le sono state fatte e conclude che non pretende di aver trovato il miglior mezzo di operare in questi casi e che sarà soddisfatto se la sua comunicazione avrà attirato l'attenzione sull'importante argomento e indotto altri a ricercare nuove migliorie in quest'operazione.

PIAZZA.

NOTIZIE

XI Congresso Medico Internazionale

ROMA 1893.

Si hanno eccellenti notizie dall'Australia dove l'idea del Congresso Medico è stata accolta col massimo favore.

Il Governo della Colonia di Vittoria ha delegato come suo rappresentante al Congresso il più celebre specialista di Oftalmologia che vanti l'Australia, il professore D. Bowen.

Si è costituito un numeroso Comitato Nazionale che ha per Presidente Gene-

rale il professore P. Sydney Iones di Siydney e per Segretario Generale il professore H. B. Hallen di Melbourne.

Questo grande Comitato è composto dei rappresentanti di tutte le Università dell'Australia, degli editori di tutti i giornali medici, dei Presidenti delle sessioni del precedente Congresso Medico intercoloniale dell'Australia, dei Presidenti delle principali Società Mediche di tutte le colonie ed ha nominato delle rappresentanze locali nelle diverse colonie inglesi di Australia, che sono:

Per New South Wales: I professori P. Sydney Iones, T. P. Anderson Stuart, Hon. I. M. Creed, Fiaschi e Remie segretario locale con sede a Sydney. — Per Victoria: I professori T. N. Fitz Gerald, G. A. Syme, I. W. Springthorpe, I. Iamicson e H. B. Allen segretario locale con sede a Melbourne. — Per South Australia: I professori E. W. Way, I. C. Verco, E. C. Stirling, B. Poulton e T. K. Halmilton segretario locale. — Per Queensland: I professori I. Bancroft, Hon. W. F. Taylor, W. S. O. Byrne, I Thomson e Lockart Gibson segretario locale. — Per Tasmania: Il professore R. S. Bright. — Per Western Australia: Il professore A. R. Waglen. — Per New Zealand: I professari D. Colquhoun, Closs, Thomas, Fell, Roberston e Dunedin.

Anche il mese di aprile è incominciato per il Congresso sotto lieti auspici: infatti continuano ad arrivare numerose adesioni dall'estero, e fra le lettere più importanti giunte testè al Comitato Esecutivo merita di essere notata quella del Governo del Brasile colla quale accetta l'invito al Congresso ed annuncia di aver nominato quale suo delegato speciale il dott. Ioao Paulo de Carvalho, professore della facoltà di Medicina di Rio Ianeiro.

La facoltà Medica di Zurigo ha scritto di aver delegato a rappresentarla al Congresso i professori I. Gaule e O. Haab.

Il Comitato Nazionale di Berlino che, come già è noto si compone di tutti quelli che furono membri effettivi del Comitato Centrale pel decimo Congresso Medico, ha pubblicato un proclama indirizzato a tutti i Medici Tedeschi, col quale li esorta caldamente a prendere parte a quello di Roma.

Frattanto ha pure notificato la avvenuta costituzione di sotto-comitati per la Baviera, il Baden, il Brunswik, il Meklemburg, Amburg e Brema; ed ha ottenuto nella sua opera di propaganda il concorso dei Consigli Medici di tutte le provincie dell'impero. dimodochè è assicurato un numeroso intervento di medici e specialisti della Germania.

Il Comitato Nazionale delle indie è riuscito così composto: Presidente professore E. A. Birch; membri professori D. D. Cunningham, A. Crombie, W. Coulter, Simpson, Sen.

Si è anche costituito il Comitato Nazionale per la Tunisia sotto la Presidenza del dott. Guglielmo Funaro.

La Università di Madràs fa adesione riserbandosi di nominare più tardi il suo rappresentante; quella della Società di Medicina Legale di Francia, riconosciuta di utilità pubblica dal Governo francese, con sede a Parigi, colla quale in termini molto cortesi e lusinghieri all'indirizzo del Congresso fa adesione e annunzia che nominerà fra breve i suoi delegati che prenderanno parte ai lavori del Congresso; quella della Società di Medicina di Anversa, colla quale ringraziando dell'invito al Congresso comunica di aver nominato per rappresentanti il dott. prof. Leroy suo presidente ed il delegato alla istruzione pubblica della città di Anversa.

La Compagnia delle ferrovie inglesi The London Brighton and South Coast-Rallway scrisse che accorda a quelli che si recano al Congresso il biglietto di andata e ritorno da Londra a Parigi contro il pagamento del prezzo della sola andata.

La Ditta Anderson and Anderson di Londra invita i Congressisti inglesi ad approfittare per il loro tragitto in Italia di una gita di piacere che essa sta orgonizzando coi suoi yacths dall'Inghilterra all'Italia per l'epoca del Congresso.

Il Ministro dell'Istruzione Pubblica d'Italia officiato dal Comitato Esecutivo del Congresso, ha dato le opportune disposizioni ai Direttori dei Musei e Gallerie Nazionali di Roma e al Direttore degli scavi di Pompei perchè i Membri del Congresso abbiano libero ingresso ai detti istituti e scavi mediante la semplice presentazione della tessera.

Il prof. Rodolfo Koch scrisse che accetta di buon grado di prendere parte attiva ai lavori speciali riguardanti il colera e le misure di quarantena di cui, in base ai rapporti che verranno presentati dalla apposita Commissione anglo-indiana, dovrà occuparsi la sezione di Igiene del Congresso, e promette di intervenirvi personalmente.

In Germania ai già annunziati si sono aggiunti i sotto-comitati: per la Sassonia sotto la presidenza del prof. dott. Curschmann di Lipsia; per l'Assia sotto la presidenza del dott. Eigenbrodt di Darmstad; per Oldemburgo, sotto la presidenza del dott. Pletzer di Brema; per Lubeck aggregato a quello di Amburgo sotto la presidenza del dott. Reinke di Amburgo.

La Presidenza della Associazione farmaceutica italiana e quella del Collegio Chimico-farmaceutico di Roma scrissero che hanno deliberato di protrarre di un anno la riunione del quarto Congresso chimico farmaceutico che, per decisione del Congresso farmaceutico tenutosi in Venezia nel 1891, doveva radunarsi in Napoli nel settembre del 1893.

Il Presidente della scuola Dentaria di Parigi dott. G. Poinsot inviò la sua adesione al Congresso annunziando che vi interverrà con altri delegati della sua scuola che verranno nominati fra breve.

La Navigazione Generale Italiana comunicò che accorda ai membri del Congresso medico il ribasso del 30 0[0 come praticò per tutti gli altri Congressi antecedenti; e che, per accordi presi colla Compagnia di Navigazione *La Veloce* di Genova, ha potuto stabilire per i Congressisti provenienti da Montevideo e Buenos-Ayres il ribasso (compreso il vitto) del 20 0[0 per la sola venuta e quello del 30 0[0 per la venuta ed il ritorno.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XV. Maggio 1893. Num. 5.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Breve cenno sul massaggio ginecologico

METODO BRANDT

PEL

Dott. GIUSEPPE GARINO

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
10 JUL 93
LIBRARY

Da vari anni si sente parlare del massaggio ginecologico (metodo Brandt) e de' suoi buoni risultati, ma finora pochi si sono decisi ad usarlo, sia perchè a prima vista pare un'esagerazione, un assurdo, specie per quella parte che riguarda la cura dei prolassi uterini, sia perchè essendo stato ideato da un profano non ha inspirato ancora abbastanza fiducia nel mondo medico.

Oltre a ciò, molti avendolo voluto adottare senza forse averne una esatta cognizione, non ebbero risultati soddisfacenti, epperò lo oppugnarono vivamente.

Spinto dalla curiosità di constatare quanto vi fosse di positivo in questo metodo, pensai di andare a Stoccolma a vedere il signor Thure Brandt.

A decidermi definitivamente ad intraprendere tale viaggio, valse un caso di salpingite acuta, repentinamente migliorata in seguito ad una lunga esplorazione combinata.

Si trattava di una signora C. B. affetta da circa un mese da salpingite sinistra acuta con temperatura 38.9 al mattino e 39.6 alla sera, senza brividi.

Il tumore salpingitico, dolentissimo, era della grossezza di un uovo di gallina.

Non ostante le solite cure di irrigazioni vaginali al sublimato, vescica di ghiaccio sull'addome (i cataplasmi non erano tollerati) ed anche di vescicanti, lo stato dell' inferma non migliorava punto, chè anzi la temperatura vespertina da 39. 6 era salita a 40. 5 con qualche brivido durante il giorno.

Allora, nel dubbio che si fosse fatto qualche punto di suppurazione, la volli esaminare diligentemente per vedere se era il caso di fare qualche piccolo atto operativo.

Impiegai qualche minuto nel fare l'esame combinato tastando a più riprese da tutti i lati il tumore, ma non avendo trovato nessuna località nettamente fluttuante, raccomandai all'ammalata di continuare la stessa cura.

L' indomani sera tornato dalla paziente vidi T. 39 invece di T. 40. 5 e seppi che un quarto d'ora dopo quell'esplorazione così lunga la malata si era sentita uscire dalla vagina un liquido che a tutta prima era stato creduto orina, ma che non ne aveva punto l'odore.

La volli subito riesaminare, ma l'ammalata, sofferente di forte vaginismo, si rifiutò recisamente.

Il secondo giorno T. 38, ed il terzo apiressia completa.

Insistei allora per un nuovo esame; trovai scomparso il tumore salpingitico, ed in sua vece notai l' annesso leggiermente ingrossato, ma non dolente.

La causa di tale rapida risoluzione l' attribuii a quell' esplorazione bimanuale prolungata, la quale servì, come massaggio, a vuotare la salpinge del liquido contenuto e promuovere la guarigione.

Verso la metà dell'agosto 1890 partii da Roma e, dopo aver visitato qualche città dell'Austria e della Germania, mi recai a Stoccolma dove mi fu dato di frequentare, il primo tra gli italiani, l'ambulatorio privato del signor Thure Brandt ed apprendere da lui il suo metodo di massaggio ginecologico.

Durante il mio soggiorno in quella città, potei vedere trattare da Brandt gran parte delle malattie ginecologiche, con risultati addirittura soddisfacenti.

In certi casi constatai la guarigione dopo poche sedute di massaggio; in altri invece dopo un tempo più lungo, ed in altri infine, più ribelli a cura, e che richiedevano un trattamento di molto lunga durata, notai un sensibile e progressivo miglioramento fin dai grimi giorni.

Come a tutti è noto Thure Brandt non è un medico, ma un professore di ginnastica, maggiore in ritiro dell'esercito svedese.

Il massaggio ginecologico fu da lui ideato dopo un risultato positivo ottenuto nella cura di un prolasso rettale, in un soldato, mentre era capitano e professore di ginnastica militare a Norkoping.

Guarì questo malato mediante la semplice elevazione (Hebung) dell' S iliaca, per la via addominale.

Collo stesso metodo di cura guarì pure qualche prolasso uterino, sollevando cioè dalla via addominale l'utero prolassato, previa riduzione del medesimo, in posizione normale.

Incoraggiato da questi risultati studiò le malattie ginecologiche e l'anatomia degli organi genitali muliebri, ed ideò quel metodo di massaggio che gli diede fama mondiale.

Però lo stesso Brandt dice che non tutti i casi possono essere guariti col suo metodo di cura, ma che però tutti indistintamente ne risentono un notevole miglioramento.

Esplorazione.

Brandt dopo una breve anamnesi della paziente, usa fare l'esplorazione. Siede perciò davanti alla malata che sta in posizione eretta, introduce l' indice sinistro in vagina o nel retto se la paziente è ancora vergine o soffre di vaginismo, esplora attentamente ogni singola parte ed organo del bacino, e, solamente quando gli rimane qualche dubbio sopra questo esame, mette l' ammalata in posizione supina sopra il canapè da massaggio e completa l'esplorazione coll'esame bimanuale.

Ginnastica.

Prima e dopo il massaggio, propriamente detto, Brandt usa imprimere alla malata dei movimenti di ginnastica attiva e passiva per attivare la funzione muscolare o la circolazione sanguigna generale o parziale, per congestionare o decongestionare gli organi genitali, a seconda del bisogno, e per curare sintomaticamente i fenomeni patologici dipendenti dall'affezione utero-ovarica, quali ad esempio l'emicrania, il meteorismo, la stitichezza, il freddo alle estremità, ecc.

Di questa ginnastica generale prae e post massaggiale, alla quale Brandt dà somma importanza, non mi fermo a parlare perchè si trova

benissimo descritta in qualunque trattato di ginnastica svedese. Parlerò solo di quella speciale esclusiva del massaggio ginecologico, ideata dallo stesso Brandt.

Mi servirò della nomenclatura tedesca perchè più breve.

Kniezusammen, avvicinamento passivo delle ginocchia. — Serve per decongestionare il bacino e si pratica dopo il massaggio.

La malata sta nella posizione di Brandt, cioè supina, col tronco leggiermente sollevato, le gambe flesse sulle coscie e queste sul bacino, tanto da permettere che i piedi appoggino sul canapè. Mentre la paziente, sollevato il bacino, divarica le ginocchia, l' operatore, seduto al lato sinistro della malata, tiene le palme delle mani alla faccia esterna delle ginocchia ed oppone una certa resistenza al divaricamento. Allorchè le ginocchia sono ben divaricate, l'operatore le riavvicina invitando però l'ammalata ad opporre una certa resistenza. Questo movimento si ripete otto o dieci volte per ogni seduta. Per esso entrano in funzione solamente i muscoli abduttori.

Knietheilung, divaricamento passivo delle ginocchia. — Serve per congestionare gli organi pelvici e si fa dopo il massaggio.

La malata nella posizione di Brandt sopradescritta, tiene le ginocchia bene avvicinate ed il bacino sollevato; il masseur mette le palme delle mani alla faccia interna delle ginocchia e le divarica, mentre la malata oppone resistenza; indi essa adduce le ginocchia mentre il masseur resiste.Questo movimento viene pur esso ripetuto otto o dieci volte in ogni seduta ed è molto importante secondo Brandt:

1.° Perchè mettendo in giuoco gli adduttori si congestionano gli organi pelvici.

2.° Perchè mettendo in azione l'elevatore dell' ano si produce un raccorciamento della vagina ed una forte costrizione trasversale della medesima.

Questo movimento, come si vedrà in seguito, giova moltissimo nella cura dei prolassi uterini (a meno che, unitamente al prolasso, vi sia anche metrorragia o mestruazione, perchè in questi casi, lo si sostituisce momentaneamente col *Kniezusammen*).

Kreuzklopfung, percussione del sacro, — Si fa per vitalizzare i nervi lombo-sacrali e per aumentare il flusso sanguigno agli organi pelvici.

La malata sta in piedi, leggiermente inclinata in avanti, colle mani appoggiate contro un muro od alla spalliera di una seggiola, le gambe divaricate e le punte dei piedi rivolte all' indentro. Il masseur, al lato sinistro, ad esempio, della paziente le pone la palma della mano sinistra contro l' addome mentre coll' altra semichiusa a pugno fa dei leggieri tapotements ai lati della regione lombare e sacrale, secondo un parallelogramma che abbia l'estremo superiore (tronco) alle articolazioni costovertebrali dell'ultima vertebra dorsale, l'angolo inferiore all'articolazione sacrococcigea, ed i due angoli laterali alle spine iliache superiori e posteriori.

Tale tapotement viene fatto leggiermente e solo finchè la malata non accusi senso di calore piacevole.

Questo movimento, oltrecchè per le amenorree, serve anche per i prolassi uterini, però in caso di metrorragie o durante la mestruazione, Brandt lo tralascia. Infine (per la cura dei prolassi) oltre i movimenti sopra descritti, Brandt raccomanda alla paziente di fare, varie volte nella giornata, delle contrazioni volontarie dello sfintere anale per mettere in azione il più che sia possibile, l'elevatore dell'ano.

Massaggio in generale.

Per fare il massaggio, Brandt si serve di un canapè alto 50 cent. sul quale pone la malata supina, in posizione semi-seduta, colle gambe flesse sulle coscie e queste leggiermente sul bacino in modo che i calcagni stiano appoggiati sul canapè a 30 cent. dalle natiche.

L'operatore si pone, seduto sopra una seggiola, al lato sinistro dell'ammalata a livello del bacino, e, facendo passare la mano sinistra al disotto della coscia sinistra dell'ammalata, cioè tra la gamba e la coscia, introduce il dito indice in vagina (1).

Brandt raccomanda di osservare scrupolosamente questa posizione della mano sinistra, per impedire al dito indice di strofinare le pareti anteriori della vagina e determinarvi delle eccitazioni erotiche.

---

(1) Nei casi in cui la malata è ancora vergine e soffre vaginismo, oppure ha qualche alterazione degli organi genitali che non permettono l' introduzione del dito in vagina, lo si introduce nel retto.

Piega quindi l'avambraccio destro sul braccio, tenendo questo sollevato e staccato dal tronco, e colla mano destra, che sta nella direzione dell'avambraccio e fa corpo rigido col medesimo, va sull' addome della paziente appoggiando i polpastrelli delle dita sulla parte da massare.

Il dito in vagina sta fermo e serve solo di sostegno alla mano esterna, ed a seconda dei casi, va col polpastrello ad appoggiarsi contro il collo o contro le pareti del corpo dell' utero o nei fornici.

La mano esterna fa il massaggio propriamente detto, che consiste in movimenti di circumduzione sulle parti da massare fatti dai polpastrelli delle dita, le quali formano sistema rigido colla mano e coll'avambraccio e ricevono i movimenti dai muscoli della spalla. Inoltre la mano esterna esercita trazioni o pressioni per correggere vizi di posizione dell'utero o degli annessi.

Per ottenere un buon risultato dal massaggio, è indispensabile:

1.° Non usare mai troppa forza nel fare il massaggio.

2.° Massare in principio leggiermente la periferia della parte malata, poi gradatamente di mano in mano che la dolorabilità diminuisce portarsi al centro.

3.° Non provocare mai troppo dolore alla paziente, affinchè la mano esterna non abbia ad essere respinta da involontarie contrazioni delle pareti addominali.

4.° Per attivare la circolazione e la nutrizione della parte, conviene fare il massaggio delicatamente.

5.° Per facilitare il riassorbimento di essudati cronici, diminuire l'afflusso sanguigno, ed ottenere ipotrofia relativa è necessario fare un massaggio energico.

Il massaggio deve essere fatto ogni giorno, e le sedute devono durare da cinque a dieci minuti appena.

Massaggio speciale.

Para e perimetrite.

Per le parametriti Brandt, meno in casi speciali, non usa fare il massaggio durante il periodo veramente acuto. Incomincia col massare prima davanti al sacro, in direzione dall' avanti all' indietro a fine di

facilitare il riassorbimento di quella parte di essudato che sta in comunicazione diretta coi linfatici, che vanno poi a sboccare nel canale toracico; poi massa la periferia del tumore, e, di mano in mano che si effettua il riassorbimento della parte massata, si estende a quelle più centrali dell'essudato; massa quindi tutto il tumore facendo però sempre movimenti diretti dall'estremo esterno del tumore verso il sacro e termina con qualche frizione sopra il fondo uterino.

I migliori risultati si ottengono negli essudati sub-acuti e cronici, perchè in questi si può fare il massaggio con più forza, facilitando meglio la risoluzione dei medesimi.

Ogni seduta di massaggio è preceduta e seguita da movimenti generali di ginnastica, per decongestionare il bacino.

Quanto si è detto per le parametriti serve altresì per le perimetriti.

Salpingite.

In caso di salpingite semplice Brandt fa il massaggio con movimenti dall'estremo esterno a quello interno della tromba, verso l'utero. Incomincia però col massare leggiermente, e con delicata pressione, la parte di tuba che sbocca nell'utero, a fine di vuotarla e poi gradatamente estende il massaggio alle parti più periferiche, sempre dirigendo come si disse, i movimenti verso il fondo uterino.

In questo modo si ottiene che il liquido contenuto nella tromba sgorghi più facilmente nell'utero senza distendere troppo la salpinge o, peggio ancora, romperla come da tanti è temuto.

Anche per la cura delle salpingiti Brandt adotta la ginnastica generale prima e dopo il massaggio, per decongestionare gli organi del bacino.

Nei casi di salpingite acuta blenorragica però Brandt consiglia di astenersi completamente dal massaggio.

Quando havvi salpingite con essudato peri o parametrale è utile fare prima il massaggio speciale per la peri o la parametrite, poi quello per la salpingite.

Ovarite.

Brandt dice che dal massaggio si hanno eccellenti risultati nella cura delle ovariti sub-acute, e che, in caso di iperplasia cronica del-

l'ovaio, si può sempre, col massaggio, se non ridurre in pristino l'organo, impedire almeno un ulteriore progresso dell' affezione, e diminuire, od anche far cessare i dolori mestruali.

In questi casi, il massaggio si farà con molta delicatezza incominciando dalla periferia del tumore.

In caso poi di postumi di pelviperitonite da salpingite, ovarite, ed ovaro salpingite con fissazione di tutto o di parte dell'annesso alle pareti del bacino od all' utero, Brandt oltre al massaggio, propriamente detto, cerca di staccare o distendere le anormali aderenze per ridonare alle parti la mobilità e la posizione normale.

Per cui quando tutto o parte dell'annesso è aderente alle ossa del bacino, cerca di spingere il dito che sta in vagina, o, meglio, nel retto, tra l'organo e la parete pelvica aderente, ed aiutandosi colle dita della mano esterna fa trazione delicata, verso l'utero, sulla parte da staccare.

Quando poi l'annesso è fisso all' utero, cerca, col dito in vagina e con due dita della mano esterna, di far trazione per staccarlo dall' utero, mentre questo vien tenuto fisso dalle altre due dita della mano esterna.

Massaggio dell' utero.

Brandt massa l' utero con movimenti diretti dal fondo all' orificio interno e dall' orificio esterno all' interno.

Solo raramente ne massa la parete anteriore, per non irritare la vescica. Quando però è necessario il massaggio sulla parete anteriore, usa molta delicatezza.

Prima e dopo ogni seduta di massaggio imprime alla malata dei movimenti di ginnastica decongestionanti il bacino.

Massaggio durante la mestruazione.

Brandt continua il massaggio anche durante la mestruazione, non solo perchè questo non reca alcun danno alla paziente, ma ancora perchè specialmente in caso di anormali fissazioni dell'utero o degli annessi, le aderenze durante l' epoca mestruale sono meglio distendibili ed anche lacerabili.

Infatti durante il flusso mensile, Brandt, potè spesse volte rendere mobili degli uteri, delle ovaie e delle salpingi fissate tra di loro, od alle pareti del bacino, mentre nelle epoche intermestruali non gli era mai riuscito.

Anche in casi di essudati è utile il massaggio durante il flusso mestruale perchè ne impedisce la tumefazione, ed infine quando havvi un utero subinvoluto il massaggio in questa epoca promuove più facilmente un raggrinzamento od una diminuzione di volume del medesimo.

Però il massaggio deve sempre essere fatto con maggiore delicatezza e prudenza.

Distacco delle aderenze

E DISTENZIONE DELLE RETRAZIONI CICATRIZIALI DEL TESSUTO CONNETTIVO PELVICO.

La parte più importante e più difficile a curare è quella che riguarda le deviazioni uterine, causate da aderenze connettivali e da retrazioni cicatriziali.

Le aderenze che mantengono tali deviazioni si dividono in anteriori, posteriori e laterali.

a) Aderenze anteriori.

I. *Aderenze anteriori del corpo.*

Quando il corpo è fisso in avanti, Brandt, posta la malata in piedi, introduce il pollice sinistro in vagina fino al fornice anteriore e fa pressione dal basso all'alto sulla briglia, per qualche secondo, avendo cura di non adoperare troppa forza. Quando con questo mezzo ha ottenuta una certa mobilità, pone la malata in decubito dorsale, introduce l'indice sinistro, invece del pollice, in vagina prima nel fornice posteriore per sollevare l'utero in totalità e rendere il corpo afferrabile alla parete anteriore dalla mano esterna, poi nel fornice anteriore per aiutare la mano esterna a spingere indietro ed allontanare dalla sinfisi pubica il corpo dell'utero. Termina le manipolazioni col massaggio dei legamenti posteriori per aumentarne la tonicità.

II. *Aderenze anteriori del collo.*

In questi casi Brandt, posta la malata in posizione dorsale, introduce l'indice sinistro fino al fornice anteriore e fa pressione continua con tremolìo dall'avanti all' indietro, sopra il collo uterino, mentre colla mano esterna va direttamente dietro il pube a spingere pur essa in basso ed all' indietro il collo dell'utero. Quando poi il collo è completamente mobile, Brandt termina la manovra col massaggio dei ligamenti anteriori.

b) **Aderenze laterali.**

Quando le aderenze laterali interessano solamente l' utero, Brandt fa, per quanto è possibile, la distensione delle medesime stando la malata in posizione eretta; ma quando interessano anche le ovaie e le trombe allora pone la paziente in decubito dorsale.

Siccome le aderenze possono essere limitate al solo collo, od al solo corpo uterino, oppure ad ambedue le parti dell' organo da uno stesso lato, ed infine le briglie possono stirare il collo da un lato, ed il corpo dall'altro, così le manovre per la distenzione dovranno variare a seconda dei casi.

1.° Quando il collo è stirato, ad esempio, a sinistra ed il corpo mobile è rivolto a destra, si pone l' ammalata in piedi, si introduce il pollice sinistro in vagina nel fornice sinistro contro il collo e si fa trazione del medesimo verso destra. Quando si è ottenuta una certa rilassatezza della briglia si mette la malata in decubito dorsale e colla mano esterna si tira il fondo da destra a sinistra verso la linea mediana, mentre col dito indice sinistro, che ha sostituito il pollice in vagina, si completa lo stiramento del collo verso il centro, spingendolo anche un poco all' indietro.

2.° Quando il corpo è fisso, ad esempio, a sinistra, ed il collo è mobile, dopo aver posta la malata in decubito dorsale, s' introduce l' indice sinistro in vagina, prima nel fornice sinistro per sollevare il fondo uterino e renderlo afferrabile dalla mano esterna, poi nel fornice destro sul lato destro del collo per tirare questo verso sinistra, mentre le dita della mano esterna spingono il fondo verso destra, fino alla linea mediana, ed anche oltre questa.

3.º Quando il corpo ed il collo sono tenuti fissi, ad esempio, a sinistra, si pone l'indice sinistro prima nel fornice sinistro sul collo per spingere questo verso destra; poi sul lato destro del collo per tirarlo fortemente a sinistra ed imprimere un movimento di leva al corpo, da sinistra a destra, e distendere un poco le aderenze.

Questa manovra però, nella posizione eretta riesce più difficile della prima, per cui, quando si è ottenuta una sufficiente mobilità dell'organo, si pone la malata in decubito dorsale e coll'indice sinistro in vagina nel fornice sinistro e la mano destra sull'addome nella fossa iliaca sinistra, si spinge tutto l'utero a destra fino alla linea mediana od anche al di là di questa.

4.º Quando infine il collo è fisso, ad esempio, a sinistra ed il corpo è fisso a destra, si mette la malata in decubito dorsale, il dito indice sinistro contro il collo spingendolo verso destra, mentre colla mano esterna, alla fossa iliaca destra, si afferra il corpo per tirarlo verso sinistra, avendo però cura di non fare sedute troppo lunghe nè trazioni troppo forti.

Finita l'operazione, si massano pure i ligamenti dell'utero rilassati per ridonare loro la tonicità dovuta.

c) Aderenze posteriori.

I. *Aderenze posteriori del collo.*

Se il collo è tenuto fisso posteriormente ed il corpo è in avanti, libero da aderenze, posta la malata in decubito dorsale, s'introduce l'indice sinistro in vagina nel fornice posteriore contro la parete posteriore del collo e lo si tira in avanti, facendo trazione continuata con movimenti di tremolìo.

Nello stesso tempo la mano esterna va tra il corpo ed il promontorio fino alla briglia, e, con movimento di massaggio e pressione dall'indietro in avanti, spinge il collo nella posizione normale. Quando poi si è ottenuta una sufficente mobilità si fanno passare le dita della mano esterna tra il pube ed il fondo uterino per mandare questo all'indietro, mentre il dito vaginale, mantenendo sempre la stessa posizione, seguita a tirare il collo in avanti.

II. *Aderenze posteriori del corpo.*

Quando il corpo è tenuto fisso posteriormente ed il collo è libero in avanti, si pone la malata in decubito dorsale e col dito indice sinistro nel fornice posteriore, si spinge in alto ed in avanti il fondo, o meglio l'utero in totalità, mentre la mano destra facendo movimenti di massaggio con pressione ed in senso trasversale al disopra del fondo, cerca di penetrare fra questo ed il sacro distendendo gradatamente e dilacerando le briglie posteriori. Quando la mano esterna è arrivata a sentire il dito vaginale attraverso le pareti addominali ed il fornice posteriore, e non vi sono altre briglie che tengano il corpo ed il fondo uterino nella posizione anormale, si tira colle mani nella posizione sopradescritta, l'utero in totalità in avanti contro il pube e si fa la riduzione come vedremo in seguito.

Dopo questa manovra si fa il massaggio della parete posteriore dell' utero e dei ligamenti anteriori.

III. *Aderenze posteriori del corpo e del collo.*

Quando infine le aderenze posteriori interessano corpo e collo in modo da produrre una retroposizione dell'organo, posta la malata in decubito dorsale, si introduce l' indice sinistro nel retto fino ad arrivare al terzo sfintere e si fa trazione, in avanti, di tutto l' utero. La mano esterna intanto colla faccia dorsale rivolta in avanti, cerca, mediante movimenti di massaggio in senso trasversale e pressione al disopra del fondo, di spingere l' utero in basso, rilassare le briglie ed insinuare gradatamente le punte delle dita tra il fondo ed il sacro, staccando e distendendo grado a grado le aderenze fino all' istmo. Si fa quindi passare l' indice sinistro, dal retto, nella vagina al fornice posteriore e, coll'aiuto della mano esterna, si fa trazione del collo in avanti, per renderlo libero pur esso fino all' istmo.

Quando poi tutto l'utero è mobile, mantenendo sempre le mani nella posizione sopradescritta, lo si tira in avanti ed in alto contro il pube.

Si termina la manovra col massaggio dei ligamenti anteriori e della parete posteriore dell' utero.

È da notarsi che durante tutte queste manovre la mano esterna, mentre eseguisce le trazioni, fa pure movimenti di massaggio limitato per evitare le emorragie che si potrebbero avere da qualche lacerazione di briglia, sebbene dette emorragie non siano mai troppo grandi, essendo le briglie stesse sprovviste di vasi importanti.

Riduzione in posizione normale dell'utero retroverso o retroflesso.

È regola di Brandt di non effettuare mai la riduzione dell'utero in posizione normale, se non ha sciolte prima tutte le briglie che mantenevano quest'organo in posizione viziata.

Allorchè è in presenza di un utero retroverso o retroflesso o retroposto, mobile, o reso tale da una delle manovre precedenti, Brandt, per la riduzione dell'utero, si serve di vari metodi a seconda dei casi.

a) In posizione bocconi.

I. *Riduzione rettovaginale: Umwerfung.*

La si eseguisce quando si ha un utero retroflesso, gravido o con fibroma. Brandt posta la malata coricata bocconi introduce il pollice sinistro in vagina e l'indice nel retto, più alto possibile, al meno fino al terzo sfintere. Coll'indice spinge il fondo uterino in avanti mentre col pollice posto sulla parete anteriore del collo tira questo indietro in modo che il fondo venga a cadere in avanti. Completa quindi la riduzione spingendo il collo in alto ed all'indietro affinchè il corpo protenda meglio in avanti e vi rimanga.

b) In posizione eretta.

La malata sta in piedi, di faccia all'operatore, leggiermente incurvata in avanti e colle mani appoggiate sulle spalle dell'operatore stesso. Questi introduce l'indice sinistro nel retto ed il pollice in vagina alla paziente e compie la stessa manovra, descritta più sopra per la riduzione rettovaginale in posizione bocconi.

II. *Riduzione ventrovaginale in decubito dorsale.*

Brandt per compiere questa specie di riduzione fa delle manovre speciali a seconda della grandezza, consistenza, flessibilità e posizione dell' utero.

In caso di utero non lungo, duro ed in tale posizione che il fondo possa essere facilmente sollevato colla sola pressione sulla parete anteriore del collo, usa fare l'Umkippung (Guppning). Quando invece è corto, rigido ed appoggia a piatto sopra l'osso sacro e non si è riuscito a fare l' Umkippung fa il Klemmung (Klämmning).

Quando l'utero retroflesso è corto, molto flessibile e non si è potuto ridurre con gli altri metodi sopracitati, perchè l' utero ricade sempre indietro, fa l' Eïnhakung (Ikrekning).

Infine se l' utero non è troppo lungo, l' istmo offre una certa rigidezza e la porzione vaginale è rivolta e fissa in avanti, fa la Repositionsdruck (Redressionstrycket).

Umkippung.

Coll' indice sinistro in vagina si preme sulla parete anteriore del collo spingendolo all' indietro ed in alto, in modo che il corpo uterino viene sollevato e staccato dal sacro. Colla mano esterna si va allora direttamente dietro il fondo e lo si tira in avanti.

Klemmung.

L' indice sinistro sta appoggiato sulla parete anteriore del collo, all' istmo, la mano esterna, rivolta la faccia palmare verso l'addome, si porta colle dita sopra il fondo dell' utero e lo tiene fisso.

L' indice ed il mignolo si mettono ai lati del fondo perchè questo non si sposti o, mentre il dito vaginale spinge in alto l'utero premendo sull' istmo, il medio e l'anulare si spingono gradatamente dietro il fondo e lo tirano in avanti contro il pube.

Eïnhakung.

L' indice sinistro introdotto in vagina nel fornice destro, colla faccia palmare rivolta a sinistra, flette ad angolo ottuso la 3.ª e la 2.ª falange

portandole nel fornice posteriore sotto la parete posteriore del corpo uterino, e ne solleva il fondo verso le pareti addominali, in modo da renderlo bene accessibile alla mano esterna. Questa a sua volta si insinua tra il sacro ed il fondo dell' utero e tira il corpo in avanti.

Redressionsdruck.

L' indice sinistro nel fornice posteriore solleva il fondo dell' utero verso le pareti addominali. La mano esterna intanto colla faccia palmare rivolta verso l'addome della paziente, spinge le dita dietro la sinfisi pubica per arrivare all' istmo e respingerlo all' indietro ed in alto in modo però che il collo uterino si sposti lateralmente incrociando il dito vaginale. Questo passa allora dal fornice posteriore all'anteriore per aiutare la mano esterna e respingere il collo all' indietro ed in alto il più possibile, ed ottenere un certo innalzamento ed allontanamento del fondo dal sacro. Allora la mano esterna va dietro al corpo e lo tira in avanti, mentre l' indice sinistro spinge sempre in alto ed all' indietro il collo.

Riduzione ventro-rettale.

Si eseguisce quando la paziente è ancora vergine o soffre di forte vaginismo, per cui è impossibile introdurre un dito in vagina.

Questa manipolazione, come dice Brandt, riesce talora più difficile delle altre e richiede una esatta conoscenza, cosa non sempre agevole per la via rettale, del punto in cui si trovano il fondo e la bocca uterina.

Posta la malata in decubito dorsale si introduce l' indice sinistro nel retto, fino ad arrivare al disopra del 3.° sfintere, si solleva e si spinge in avanti il corpo dell'utero per dare presa alla mano esterna. Questa allora insinuate le punte delle dita dietro il corpo uterino, lo tira in avanti. A questo punto il dito che sta nel retto si ritira sopra la parete anteriore del collo e lo spinge all' indietro ed in alto per aiutare la mano esterna nel movimento di riduzione dell' organo.

Riduzione ventro-retto-vaginale.

Si fa quando l' utero retroflesso è lungo, molle, ed il suo fondo è troppo alto per essere raggiunto dall' indice in vagina.

Si pone la malata nel decubito dorsale, l'indice sinistro va nel retto, più alto possibile, ed il pollice in vagina sul collo uterino. La mano esterna va sul fondo, lo spinge in basso per dare maggiore presa al dito posto nel retto. Allora l'indice solleva e spinge in avanti il fondo dell'utero, mentre il pollice sinistro in vagina spinge il collo all'indietro.

Quando il fondo si è staccato dalla parete posteriore del bacino, tanto da lasciar passare le dita della mano esterna, questa va dietro il corpo uterino e lo tira in avanti.

Riduzione con un dito solo.

Questa, come dice Brandt, più che un metodo necessario è un artifizio e richiede una certa abilità e pratica.

Si eseguisce quando l'utero è molto mobile e molto piccolo.

Introdotto il dito indice in vagina, alla paziente in decubito dorsale, fino ad arrivare sotto il fondo uterino, si spinge questo fortemente in avanti facendolo rotare sul suo asse trasverso.

Riduzioni delle anteflessioni.

Si eseguisce quando l'angolo di flessione è tanto forte da provocare dischinesia uterina, dismenorrea, dispareunia ed altri sintomi nervosi riflessi. Si cerca perciò di diminuire, per quanto è possibile, l'angolo di flessione. A questo scopo Brandt si serve di due metodi:

Col 1.° fa delle manipolazioni come per ridurre l'utero in retroversione, cioè: posta la malata in decubito dorsale, introduce l'indice sinistro nel retto, fino alla convessità dell'angolo di flessione ed il pollice sinistro in vagina sul collo per afferrarlo e tenerlo fisso. Indi porta la mano destra sulla parete anteriore del corpo, lo spinge indietro ed in basso fino ad arrivare alla retroversione, e lo mantiene in questa posizione per qualche minuto, premendo coll'indice sul collo e coll'anulare sul fondo uterino.

Termina la manovra con massaggio delicato della parete anteriore dell'utero.

Col 2.° metodo cerca di ridurre l'utero in anteversione; per cui: posta la malata in decubito dorsale, introduce l'indice sinistro in vagina fino sul collo e lo spinge indietro ed in alto. Colla mano destra va sulla

parete posteriore dell' utero, là dove esiste la convessità dell' angolo di flessione e, con movimento di massaggio, fa pressione sopra di esso in basso ed in avanti in modo che il fondo dell' utero si sollevi a poco a poco, e si porti in avanti raddrizzando l' angolo di flessione.

Termina la manovra col massaggio della parete posteriore dell'utero.

Dopo la riduzione delle anteflessioni Brandt, oltre il massaggio delle parti sopracitate, fa il Kniezusammen; e dopo quella delle retroflessioni, delle retroversioni e delle lateroversioni, fa il massaggio dei legamenti anteriori, l'uterus Hebung ed il Kniezusammen.

Uterus Hebung.

Uterus Hebung od elevazione dell' utero viene adottato da Brandt, con qualche leggiera variante, tanto nella cura delle retro e lateroversioni, quanto in quella dei prolassi uterini e nei cisto e rettoceli.

Dapprima, Brandt lo eseguiva da solo, ma poi trovò molto più razionale ed utile farsi aiutare da un assistente.

Questo movimento si compie in 8 tempi:

1.° La malata sta nella posizione di Brandt, l'operatore seduto al lato sinistro della paziente, come per il massaggio, riduce con uno dei metodi sopra indicati l'utero in anteversione od in anteflessione normale, quindi coll'indice sinistro in vagina sul collo spinge l' utero in alto il più possibile, mantenendo però il collo contro la parete anteriore del sacro.

2.° L'operatore rivolta la faccia palmare della mano destra verso l' addome della paziente, colla punta delle dita verso la sinfisi pubica in direzione leggiermente obbliqua dall'alto al basso e dall'avanti all'indietro, spinge in basso dietro il pube quanto più può di pareti addominali ed infossa le dita tra il pube e l'utero, fino ad arrivare all'istmo e sentire il dito vaginale.

È utile spingere in basso le pareti addominali per non cagionare stiramenti dolorosi alla pelle della malata, durante l'elevazione.

3.° L' assistente si pone davanti alla malata, le flette le gambe sulle coscie e queste fortemente sul bacino; appoggia il ginocchio sinistro sul divano, al lato destro del bacino della paziente, ed il piede destro a terra, in avanti il più possibile fra i piedi dell'operatore, in modo che l' arto inferiore destro passi fra l' avambraccio sinistro e la coscia sinistra dell'operatore.

4.° L'assistente cogli arti superiori in estensione, ed in forte supinazione, avvicina le mani dal lato cubitale e, sulla guida della mano destra dell'operatore, infossa le dita dietro il pube.

5.° L'assistente mantenendo le mani e le braccia nella posizione sopradescritta, si piega in avanti fino a toccare quasi colla fronte quella della paziente, mentre, sulla guida della mano dell'operatore spinge le dita in basso, almeno fino all'istmo.

6.° L'operatore sentito col dito in vagina, che le dita dell'assistente sono arrivate al collo od all'istmo e stanno davanti all'utero, ritira la mano destra dall'addome.

7.° L'assistente flette leggiermente ad uncino la terza falange delle dita ed afferra l'utero dalle pareti anteriore e laterali e, mentre si raddrizza, lo tira lentamente in alto verso il promontorio, mantenendo però sempre il collo contro il sacro e facendogli seguire la sua incurvatura.

8.° Durante quest'ultima parte del movimento l'operatore, col dito che sta in vagina, segue l'elevazione dell'utero aiutando pur esso a mantenere il collo rivolto e rasente al sacro, poi, quando sente la parete anteriore della vagina completamente distesa, ordina all'assistente di fermarsi e di lasciare bruscamente la presa per modo che l'utero ricada con forza in basso. A questa rapida discesa dell'utero, l'operatore non oppone resistenza alcuna col dito vaginale.

Questo movimento viene ripetuto tre o quattro volte con qualche minuto di riposo dall'una all'altra, ed ha per iscopo di sciogliere meglio le aderenze che potrebbero ancora tirare l'utero in posizione viziosa e vitalizzare i legamenti anteriori. A tale scopo dopo ogni elevazione, Brandt, massa anche i legamenti con movimento di tremolio.

Allorquando poi vi ha lateroversione con o senza retroflessione o retroversione, Brandt fa l'uterus hebung obliqua, cioè tira l'utero in alto verso il lato opposto della lateroversione.

Prolasso dell'utero.

Brandt per la cura del prolasso uterino fa prima il Kreuzklopfung, indi rimette l'utero prolassato in vagina ponendolo in anteflessione normale e pratica l'uterus hebung, come per le retroflessioni, colla differenza però che, quando ha sollevato l'utero fino al limite possibile, non

lo lascia cadere bruscamente, ma con dolcezza per evitare scosse troppo dolorose, od anche una nuova fuoruscita dell'organo dalla vagina.

Siccome nel prolasso uterino i legamenti sono allungati, così l'utero verrà sollevato molto più che non nelle retroflessioni. Durante l'hebung, l'utero, mantenuto in anteflessione, deve con il collo seguire la curvatura del sacro, e, quando la lunghezza dei legamenti lo permette, deve oltrepassare anche il promontorio e seguire la parete anteriore della colonna lombare, per quanto è possibile.

In questi movimenti, Brandt consiglia di non recare alcun dolore alla paziente.

Dopo l'hebung, Brandt, fa il massaggio dei legamenti per ridar loro tonicità, indi fa scorrere varie volte, con movimento di tremolìo e di pressione, il dito indice sinistro dall'ostio vaginale ai vari fornici spingendo in alto, grado a grado, la parete vaginale anteriore, quelle laterali e la posteriore. Poscia coll' indice e col medio sinistro fa delle pressioni circolarmente all'ostio vulvare, all'esterno delle grandi labbra contro le branche discendenti del pube od ascendenti dell'ischio per eccitare il nervo pudendo esterno; e termina l'operazione col Knietheilung e di nuovo col Kreuzklopfung.

Cistocele e rettocele.

Per il cistocele e per il rettocele Brandt fa il Kreuzklopfung e l'uterus Hebung come per il prolasso uterino, indi con una o due dita, leggiermente flesse, alla terza articolazione, riduce la parete vaginale prolassata, spingendola con movimento di tremolìo e di pressione dall'esterno all'interno ed in alto verso il fornice anteriore, o verso quello posteriore, e termina colle stesse manovre come per il prolasso uterino.

Per il rettocele poi usa fare anche l'hebung dell' S iliaca.

Hebung dell' S iliaca.

Si pratica, oltre che per la cura del rettocele, in ispecial modo per quella del prolasso rettale, ed ha per iscopo di vitalizzare l'innervazione e la muscolatura dell' intestino.

La malata è nella posizione di Brandt, l'operatore in piedi al lato

destro di essa, le mette la mano sinistra sulla spalla e la mano destra colla faccia palmare rivolta verso l' addome, alla fossa iliaca sinistra.

Infossa allora, con movimento di tremolìo, le punte delle dita rasente la faccia interna dell' osso iliaco sinistro, ed arrivato al lato esterno dell' S iliaca, l' afferra colle dita, piegate leggiermente ad uncino e la tira, con movimento di tremolìo, in alto ed all'interno, verso l'ombellico.

Questa manovra si ripete tre o quattro volte, con qualche minuto di riposo dall' una all' altra.

Dopo, introduce l' indice sinistro in vagina, spinge dall'esterno all' interno, con una certa pressione, la parete vaginale posteriore, a fine di meglio eccitare la vascolarizzazione delle pareti intestinali.

Quindi fa delle pressioni coll'indice e col medio sinistro intorno all'ano, per tonicizzare ed eccitare lo sfintere anale.

Prolasso rettale.

Per il prolasso rettale, Brandt, fa prima e dopo l'operazione il tapotement sacrale, ed i movimenti di ginnastica adatti per determinare afflusso sanguigno agli organi del bacino; riduce l' intestino prolassato e pratica l' hebung dell' S illiaca.

Termina l'operazione col Knietheilung per eccitare l' elevatore dell' ano e congestionare il bacino.

Brandt, raccomanda ancora alla malata di contrarre spontaneamente lo sfintere anale, varie volte nella giornata, tenendo le gambe incrociate; di farsi un piccolo clistere, di acqua leggiermente tiepida, dopo ogni evacuazione alvina e di non sforzarsi molto nella defecazione.

Metrite ed endometrite.

In queste affezioni il massaggio serve per decongestionare l' utero facilitandone la circolazione linfatica e venosa, e per promuovere contrazioni spastiche alle fibre muscolari dell'organo.

A questo scopo Brandt usa fare il massaggio dell'utero, andando dal fondo, al corpo, al collo, ai lati dell'utero ed infine ai legamenti larghi.

Prima però osserva se l'affezione uterina non dipenda da antichi processi infiammatorii peri o parauterini e specialmente da fissazione anor-

male del corpo o del collo. In tali casi, Brandt cura prima queste alterazioni, poi fa il massaggio sopracitato.

Se poi vi ha metrorragia con subinvoluzione dell'utero, fa massaggio leggiero e movimenti decongestionanti il bacino.

In tutti i casi, dopo il massaggio fa il Kniezusammen.

Incontinenza dell' urina.

Per queste affezioni Brandt cerca di eccitare lo sfintere vescicale facendo pressione con movimento di tremolìo, sul collo della vescica.

Messa perciò la malata nella solita posizione supina, introduce, colla faccia palmare rivolta in avanti, l' indice sinistro in vagina fino al collo vescicale, a lato dell'uretra per non comprimerla contro il pube e recar troppo dolore. Con questo dito comprime, con quanta forza è possibile, contro il pube il collo vescicale a destra ed a sinistra dell'uretra, facendo movimento di tremolìo. E per aumentare l'intensità della pressione si aiuta anche colla mano destra afferrandosi con questa, il polso sinistro.

Quando però la malata è ancora vergine o soffre di forte vaginismo, Brandt compie lo stesso movimento introducendo l' indice sinistro nel retto invece che in vagina.

A questo massaggio speciale, Brandt, fa precedere il tapotement leggiero della regione lombare e termina l'operazione col Kniezusammen.

Massaggio per fibroma.

Brandt, si limita a fare il massaggio dell'utero nei casi di fibroma: 1.° per calmare le emorragie; 2.° per staccare le aderenze e le briglie che tengono fisso l' utero, od il tumore agli organi vicini, e sono causa di grandi dolori alle pazienti.

Massaggio in gravidanza.

Per i disturbi nervosi della gestazione, Brandt consiglia fare movimenti decongestionanti il bacino, e quando si hanno fenomeni di compressione dell' utero gravido, consiglia l' uterus-hebung, fatto però con molta dolcezza.

CASISTICA — CURE FAT

Num. d'Ordine	Data	Nome e Cognome	Età	Professione	Stato civile e numero delle gravidanze	Diagnosi	Cura
1	6|11|90	M. A.	22	Donna di casa.	Maritata, nullipara.	Retroflessione fissa dell'utero ed ovarosalpingite bilaterale cronica. Annesso destro dolente, aumentato di volume di consistenza dura, specialmente la tromba, e fisso contro la parete pelvica. Annesso sinistro dolente, aumentato di volume, di consistenza più pastosa del destro e leggermente mobile dall'alto al basso.	Massaggio degli ann e successiva manip zioni per ridurre l' ro in posizione nor e Kniezusammen.
2	10|119	A. G.	20	Dónna di servizio.	Nubile, un parto a. t.	Salpingite bilaterale subacuta, e parametrite	Massaggio delle tro e della parame Kniezusammen.
3	3|12|90	L. A.	40	Donna di casa.	Maritata, nullipara.	Periovarite bilaterale cronica.	Massaggio degli ann Kniezusammen.
4	8|11|90	P. A.	42	Donna di casa.	Maritata, 4 parti a. t.	Utero subinvoluto e retroverso. Ovarosalpingite destra.	Massaggio dell'ann destro. Massaggio l'utero e succes manipolazioni per durre l'utero in p zione normale Kni sammen.
5	16|12|90	C. M.	32	Donna di casa.	Maritata, un parto a. t.	Parametrite bilaterale e posteriore.	Massaggio per la p metrite Kniezusam

LL'AMBULATORIO PRIVATO.

mero sedute	Esito	Sintomi principali subbiettivi		Osservazioni
		Prima della cura	Dopo la cura	
edute.	16 genn. 1891. Miglioramento. L'annesso destro è più mobile di prima, ma sempre di consistenza piuttosto dura. L'annesso sinistro è di consistenza più pastosa ed affatto indolente. L'utero è mobile ed abbastanza sollevabile quasi fino alla posizione normale.	Pondio perineale, tenesmo rettale grave, ipocondriasi, manie suicide ed accessi impulsivi durante il flusso mestruo che è abbondante ed a tipo anticipato. Disparaunia e vaginismo.	Mestruazioni meno abbondanti senza dolori nè tenesmo rettale nè disturbi nervosi. Cessata la disparaunia ed il vaginismo.	Nel giugno 1890 le fu applicato un pessario Hodge per retroflessione *mobile* dello utero ed al 6 novemb. 1890, tolto il pessario, fu riscontrato retroflessione uterina *fissa*.
edute.	2 gennaio 1891. Guarigione.	Pondio perineale, flusso purulento dai genitali, dolori soprapubici al basso ventre ed agli arti inferiori specialmente al sinistro. Ultima mestruazione (4 mesi dopo il parto seguito da puerperio patologico) abbondante accompagnata da intensi dolori ai lombi ed alle fosse illiache specialmente alla sinistra coprostasi.	Mestruazione senza dolori. Scomparsi i fenomeni dolorosi citati prima della cura. Alvo regolare. Cessato il flusso muco purulento dei genitali.	Durante il massaggio delle trombe si notava specialmente nelle prime sedute scolo abbondante mucopurulento dai genitali e svuotamento e riduzione di volume delle salpingi.
edute.	18 dicem. 1890. Guarigione.	Da 6 mesi dolori alla fossa illiaca destra ed alla regione lombo sacrale. Tenesmo vescicale intenso che la obbliga ad orinare ogni 10 minuti specialmente durante la deambulazione.	Benessere completo. Scomparsi i dolori ed il tenesmo vescicale.	Annessi liberi e ridotti di volume.
edute.	20 genn. 1891. Guarigione.	Senso di prostrazione, dolori all'arto inferiore destro ed ai due ipocondrii e dolori alla regione cardiaca.	Benessere generale.	Nel giugno 1894 per retroversione dell'utero le fu applicato un pessario Hodge, tolto il quale il giorno 8 ottobre 1890 l'utero ricadde in retroversione.
edute.	21 genn. 1891. Guarigione.	Dolori gravi al basso ventre ed agli arti inferiori. Pondio perineale e tenesmo vescicale.	Benessere generale.	Nel settembre 1890 riparò all'Ospedale di San Giovanni per dolori lombari, al basso ventre, pondio perineale, flusso mucopurulento sanguigno dai genitali e mestruazioni abbondanti. Fu curata con riposo a letto, vescica di ghiaccio e medicazioni vaginali ed infine con due raschiamenti uterini. Ne uscì il giorno 2 dicembre 1890 solo migliorata.

Num. d'Ordine	Data	Nome e Cognome	Età	Professione	Stato civile e numero delle gravidanze	Diagnosi	Cura
6	16|1|91	B. A.	57	Donna di casa.	Maritata, 2 parti a. t.	Salpingite cronica sinistra. La tromba ha il volume del dito pollice.	Massaggio per le giti Kniezusam
7	19|1|91	D. G.	38	Donna di casa.	Maritata, 3 parti, dei quali uno prematuro di 7 mesi.	Retroflessione fissa dell' utero, salpingite sinistra subacuta e perimetrite bilaterale.	Massaggio per pingite e la trite. Manipolaz ridurre l'utero zione normale sammen.
8	19|1|91	M. G.	25	Donna di casa.	Maritata, 3 parti a. t.	Salpingite destra subacuta e perimetrite bilaterale e posteriore subacuta.	Massaggio degli e della perim qualche lavand nale allo acid Kniezusammen
9	3|9|91	V. M.	20	Donna di casa.	Maritata, nullipara.	Ovarosalpingite destra subacuta e retroflessione fissa dell'utero.	Massaggio dell' e manipolazion durre l' utero zione normale sammen.
10	28|2|91	P. E.	24	Donna di casa.	Maritata, un parto.	Ovarosalpingite cronica sinistra.	Massaggio dell' Kniezusammen
11	11|9|91	A. R.	40	Donna di casa.	Maritata, 3 parti.	Ovarosalpingite destra ed aderenza posteriore del collo uterino.	Massaggio dell' destro e manip per rendere m collo uterino d renza colla par steriore della Kniezusammen
12	8|5|91	B. L.	34	Calzolaia.	Vedova, 2 parti.	Ovaro salpingite bilaterale.	Massaggio degli Kniezusammen

ero sedute	Esito	Sintomi principali subbiettivi		Osservazioni
		Prima della cura	Dopo la cura	
dute.	15 marzo 1891. Guarigione.	Stitichezza, dolori intensi alla fossa illiaca e coscia sinistra. Tenesmo vescicale grave. Flusso purulento dai genitali e Disparaunia.	Cessato ogni disturbo nervoso e funzionale.	La salpinge sinistra dopo la cura è ridotta alla grandezza d'una penna d'oca e punto dolente.
dute.	12 febbr. 1891. Guarigione.	Dolori coccigei, pondio perineale, senso di prostrazione, tenesmo vescicale e mestruazioni dolorose.	Benessere completo.	16 anni fa pessario a ciambella per retroflessione uterina ed abbassamento dello utero. Ai primi di nov. 1890 pessario Hodge per retroflessione mobile in seguito al quale la paziente sentì piuttosto malessere che giovamento.
dute.	15 febbr. 1891. Guarigione.	Dolori alla fossa illiaca ed arto inferiore destro ed ai lombi. Tenesmo vescicale e flusso purulento ai genitali.	Benessere.	45 giorni prima di questa cura (20 giorni dopo il parto) infezione blenorragica seguita da reazione febbrile per 15 giorni con dolori al basso ventre, fossa illiaca destra ed ai lombi. Fu curata con lavande vaginali al sublimato, riposo a letto e vescica di ghiaccio sul ventre.
dute.	8 marzo 1891. Guarigione.	Da un mese dolori al basso ventre specialmente alla fossa illiaca destra. Tenesmo vescicale molto molesto e stitichezza. Dismenorrea grave.	Benessere. Scomparso ogni disturbo doloroso e funzionale.	Nel settembre 1891 (tre anni dopo il matrimonio) rimase per la prima volta incinta.
dute.	8 aprile 1891. Guarigione relativa.	Dolori all'ipocondrio, alla fossa illiaca ed all'arto inferiore sinistro, nausea e cefalea intermittente, mitto urinario frequente e stitichezza.	Benessere generale.	La paziente non accusa più alcun disturbo nè riflesso nè funzionale. Si nota però ancora leggiero aumento dell'ovaio sinistro (affatto indolente).
dute.	5 aprile 1891. Migliorata.	Dolori articolari agli arti inferiori, dolori dorsali, lombari e sternali. Agorafobia, cefalea frontale, pondio perineale, sensazione molesta della pulsazione arteriosa all'addome ed alla vulva, stitichezza, mitto urinario frequente e talora tenesmo vescicale. Mestruazione preceduta da brividi di freddo che terminano con sudore.	Miglioramento generale. Cessato il tenesmo vescicale, la stitichezza. Scomparsa la agorafobia e le altre sensazioni nervose dolorose. Persiste solo la cefalea frontale. La mestruazione (1|4|91) è stata preceduta da fenomeni nervosi meno intensi.	Il collo dell'utero è abbastanza sollevabile dalla parete posteriore della vagina. L'ovaio destro è quasi ridotto al normale e la tromba destra è affatto normale.
dute.	9 luglio 1891.	Da 5 anni dolori al basso ventre pondio perineale e flusso mucoso dai genitali. Tenesmo rettale e vescicale e dolori alla fossa illiaca destra.	Completo benessere.	Annessi normali e liberi.

Num. d'Ordine	Data	Nome e Cognome	Età	Professione	Stato civile e numero delle gravidanze	Diagnosi	Cura
13	19|7|91	V. E.	27	Donna di casa.	Maritata, nullipara.	Retroflessione fissa dell'utero ed ovarosalpingite sinistra.	Massaggio dell' sinistro e n zione per ren bile l'utero e in posizione Kniezusamme
14	26|7|91	G. A.	19	Sarta.	Nubile, nullipara.	Retroflessione leggiermente fissa dell' utero ed ovarosalpingite bilaterale.	Massaggio degl e manipolazi rendere mobil e ridurlo in normale Kn men.
15	9|7|91	C. L.	34	Materassaia.	Maritata, nullipara.	Retro-sinistro-flessione fissa dell'utero ed endometrite emorragica da sei anni.	Massaggio dell manipolazione durre l'utero zione normale sammen.
16	20|4|91	D. D. C.	54	Donna di casa.	Maritata, 2 parti a. t. n. f.; un aborto di 2 mesi.	Prolasso totale dello utero in retroflessione.	Uterus hebung duzione dell' posizione non potement lom prima e dopo Massaggio dei ti uterini e digitale secon tami di Bran theilung.

o dute	Esito	Sintomi principali subbiettivi		Osservazioni
		Prima della cura	Dopo la cura	
te.	6 settem. 1891. Guarigione.	Pondio soprapubico e perineale, dolore alla fossa illiaca sinistra ed all'arto inferiore sinistro.	Cessato ogni riflesso nervoso e doloroso.	L'utero sta in anteflessione normale. L'annesso sinistro è ridotto di volume ed indolente.
te.	10 settem. 1891. Guarigione.	Epigastralgia, dolore sternale. Dolori ai lombi ed alle fosse illiache durante il flusso mestruo, stitichezza, inappetenza, nausea dopo il pasto e flusso mucoso dai genitali.	Benessere generale.	Si eseguisce il massaggio mantenendo il dito indice nel retto invece che in vagina perchè la malata è ancora vergine.
ute.	9 marzo 1892. Guarigione della metrorragia e miglioramento della retro-sinistro-flessione.	Da 6 anni gemizio sanguigno dai genitali restio a tutti gli altri mezzi di cura chirurgica, medica ed elettroterapica. Dolori al basso ventre, ai lombi ed arti inferiori. Senso di prostrazione, cefalea ed inappetenza.	Benessere generale. Scomparsa la metrorragia. Le mestruazioni si sono fatte a tipo ritardante e normali per quantità, precedute da leggeri dolori alla fossa illiaca sinistra.	La paziente prima della cura era polisarcica in sommo grado. Cessata la metrorragia anche il tessuto adiposo sottocutaneo è diminuito di quantità. Ora fa cura interna arsenicale.
te.	5 maggio 1891. Guarigione.	Da un anno utero fuoruscito dalla vagina, flusso mucopurulento sanguigno dai genitali, urinazioni frequenti e difficili. Pondio e dolori soprapubici e dolori lombari.	Benessere generale. Scomparso anche il flusso dai genitali.	Alla paziente era stata proposta la isterectomia totale. Dopo la cura si nota solo leggiero cistocele vaginale. L'utero è anteflesso ed in posizione alta nel bacino. La bocca dell' utero è rivolta all'indietro all'altezza del margine super. del pube. Si aggiunga che durante la cura la paziente si è sempre occupata delle faccende domestiche ed ha fatto varie volte nella giornata le scale della propria abitazione (4.° piano).

CURE ESEGUITE ALL'AMBULA

Num. d' Ordine	Data	Nome e Cognome	Età	Professione	Stato civile e numero delle gravidanze	Diagnosi	Cu
17	18|11|90	P. V.	21	Donna di servizio.	Maritata, nullipara.	Ovarite cronica ed ectopia ovarica destra (ovaio quasi fisso al lato destro del fondo uterino).	Massaggio de stro e mar per staccare fondo uterir sammen.
18	18|12|90	G. A.	31	Donna di casa.	Maritata, 4 parti a t. n. f. ed un aborto di 4 mesi.	Ovarosalpingite destra subacuta e parametrite bilaterale e posteriore.	Massaggio (de l'annesso de parametriti sammen.
19	16|1|91	A. L.	28	Lavandaia.	Maritata, 6 parti a t. n. f, ed un aborto di 1 mese 4 mesi fa.	Ovarite destra e stiramento all' indietro del collo uterino da una briglia che dalla parete vaginale posteriore va all' istmo dell' utero.	Massaggio de stro e ma per rendere collo dell' u briglia poste zusammen.
20	2|1|91	F. R.	30	Donna di casa.	Maritata, 5 parti dei quali il primo a t. n. f. e gli altri prematuri di otto mesi.	Parametrite bilaterale e posteriore.	Massaggio p metriti Knie
21	21|1|91	M. G.	20	Donna di casa.	Maritata, nullipara.	Retroflessione fissa dell' utero, ovarosalpingite bilaterale cronica con aderenze fisse dell'annesso sinistro contro il lato sinistro del corpo uterino.	Massaggio de manipolazio care l'anne dalle anorm ze e per rid in posizion Kniezusamm
22	16|2|91	M. A.	54	Donna di casa.	Maritata, 2 parti a t. n. f.	Laterosinistro versione fissa dell' utero.	Manipolazio durre l' ute zione norm sammen.
23	1|3|91	G. P.	20	Donna di servizio.	Nubile, nullipara.	Retroflessione fissa dell'utero ed ovarosalpingite destra.	Massaggio d destro e ma per ridurr in posizio Kniezusam
24	6|3|91	B. A.	32	Donna di casa.	Maritata, undici parti dei quali 8 a t. e tre prematuri (uno di 8 e 2 di 6 mesi).	Retroversione fissa dell'utero ed ovarosalpingite destra.	Massaggio d destro e m per ridurr in posizio Kniezusam

LICO DEL DOTT. BOMPIANI.

	Esito	Sintomi subbiettivi principali		Osservazioni
		Prima della cura	Dopo la cura	
.	Guarigione 10|12|90.	Flusso purulento dei genitali. Dolori all' ipocondrio destro pondio perineale durante l'orinazione. Mitto frequente. Cefalea ed epigastralgia.	Benessere.	L' ovaio destro è ridotto di volume, staccato dal fondo uterino mobile ed indolente.
.	Guarigione 8|4|91.	Da un mese flusso muco purulento dei genitali, dolori alle fosse illiache, ai lombi, ed agli arti inferiori, pondio perineale. Febbre vespertina preceduta da brividi di freddo. Qualche nausea e vomito e senso di pressione all' epigastrio.	Benessere.	La febbre vespertina è cessata per qualche giorno dopo la 4.ª seduta di massaggio ed è scomparsa affatto dopo la decima.
.	Guarigione relativa 26|4|91.	Dismenorrea e mestruazioni intermittenti. Da un anno dolori all' ipocondrio destro specialmente dopo fatiche corporali. Epigastralgia, nausea e cefalea	Benessere. La paziente può disimpegnare benissimo il mestiere di lavandaia senza più risentire incomodo alcuno.	L'ovaio destro è ridotto quasi al normale ed affatto indolente. La briglia che stirava indietro il collo uterino è molto rilassata.
.	14|2|91 in via di guarigione.	Dolori al basso ventre, ai lombi ed agli arti inferiori. Pondio perineale e tenesmo vescicale molto molesto.	Cessati tutti i fenomeni dolorosi citati.	Gli essudati parametrali sono quasi scomparsi. L' utero è in posizione normale e mobile.
.	12|3|91 guarigione.	Da un anno dolori lombari ipogastrici e soprapubici; digestioni difficili; flusso siero-muco sanguigno dai genitali di quando in quando; mestruazioni irregolari con dolori agl' ipocondrii ed ai lombi, con vomito e talora deliquio.	Benessere completo. Mestruazioni senza dolore. La paziente può attendere a tutte le faccende domestiche e fare lunghe camminate senza risentire alcun fastidio.	L'utero è anteflesso nella direzione dell'asse del bacino. Gli annessi sono normali e mobili.
	Guarigione 26|2|91.	Dolori ipogastrici e lombari, pondio perineale, incontinenza dell' urina, tenesmo vescicale e stipsi abituale.	Scomparsi i fenomeni nerveo dolorosi citati.	L'utero sta in posizione normale centrale. Si raccomanda alla paziente di dormire ancora per qualche tempo, in decubito laterale destro.
.	Guarigione 25|3|91.	Epigastralgia, dolori lombari ed alle fosse illiache e tenesmo vescicale.	Benessere generale.	Utero in posizione normale. Annesso destro ridotto di volume ed indolente.
.	10|4|91 guarigione.	Da due mesi dolori soprapubici ed alla fossa illiaca destra flusso purulento dai genitali.	Benessere gener. Scomparso anche il flusso purulento dai genitali.	Utero in posizione normale. Annesso destro ridotto.

Num. d'Ordine	Data	Nome e Cognome	Età	Professione	Stato civile e numero delle gravidanze	Diagnosi	Cur
25	13|3|91	S. B.	28	Donna di casa.	Maritata, 4 parti a t. ed un aborto di tre mesi.	Parametrite sinistra retrosinistroflessione dell' utero; ovarosalpingite bilaterale. Metrorragia da un mese.	Massaggio dell trite e degli manipolazion durre l' uter zione nornal sammen.
26	26|3|91	M. A.	40	Portinaia.	Maritata, 4 parti a t. n. f.	Ovarite e salpingite destra cronica e metrite iperplastica.	Massaggio de destro e Kniezusamm
27	3|4|91	V. S.	31	Donna di casa.	Maritata, 1 parto a t. artificiale (forcipe) 8 mesi fa.	Endometrite cervicale granulosa e leggera parametrite destra.	Massaggio de della param stra Kniezu
28	3|4|91	M. G.	31	Donna di casa.	Maritata, 4 parti a t. n. f.	Periovarite sinistra.	Massaggio de sinistro Knie
29	7|4|91	D. C. E.	27	Donna di casa.	Maritata, 2 parti a t. naturale difficile.	Rettocele vaginale, retroflessione dell' utero e retrazione dell' annesso sinistro.	Massaggio e zione per re bile l'annes Manipolazio durre l' ute zione norma Hebung e zioni secon per vitalizz rete vaginal re retrofless sammen.

ie	Esito	Sintomi subbiettivi principali		Osservazioni
		Prima della cura	Dopo la cura	
e.	22|4|91 migliorata. In via di guarigione.	Motrorragia da un mese. Dolori ai lombi e pondio perineale.	Benessere generale.	La metrorragia è cessata alla 4.ª seduta. La mestruazione è venuta regolare. I fornici laterali e posteriori lasciano sentire una leggiera pastosità affatto indolente. L' utero è anteflesso stirato un poco a sinistra.
e.	Guarigione 3|5|91.	Da 5 mesi pondio perineale, tenesmo rettale, vertigini, vomito, urinazione frequente e sensazione dolorosa al basso ventre a camminare sul selciato.	Benessere generale.	L' ovaio destro è quasi al normale, la tromba destra è affatto normale. L'utero è pure molto ridotto di volume.
e.	Guarigione 10|5|91.	Da due mesi metrorragie ad intermittenze con forti dolori espulsivi. Pondio perineale tenesmo vescicale, disparaunia e deambulazione fatigante. Dolori alla fossa illiaca destra ed ai lombi e senso di prostrazione generale.	Benessere generale completo. Cessata anche la disparaunia.	Scomparsa la metrorragia e lo spurgo muco sanguigno dei genitali alla 7.ª seduta. Scomparsa la parametrite destra. Il collo dell' utero è ridotto al normale.
o.	20|4|91 guarigione.	Da 7 anni (dopo l'ultimo parto) dolori alla fossa illiaca sinistra ed all' arto inferiore sinistro. Dolori lombari e disparaunia.	Benessere completo generale. Cessata anche la disparaunia.	Annesso sinistro normale. Scomparsa affatto la periovarite.
e.	28|4|91 guarigione della retroflessione dell' utero e della retrazione dell'annesso sinistro. Sensibile miglioramento del rettocele vaginale.	Flusso purulento dai genitali che provoca bruciore ai pudendi. Dolori ai lombi ed all' arto inferiore sinistro specialmente durante la deambulazione rapida, pondio perineale, prostrazione generale e stitichezza.	Scomparso ogni sintomo morboso.	L'utero è in posizione normale. L' annesso sinistro è rilassato mobile ed indolente. Persiste solo leggiero rettocele vaginale che però non reca più alcun fastidio alla paziente.

CONCLUSIONE.

Dall'esame della sopracitata casistica e dai risultati ottenuti si può, a parer mio, facilmente concludere che il massaggio ginecologico, metodo Brandt, è pur esso un mezzo di cura eccellente, il quale, molte volte, può anche risparmiare atti operativi più o meno gravi.

Infatti noi abbiamo viste guarigioni di parametriti, perimetriti, ovariti ed ovarosalpingiti senza obbligare, per un tempo più o meno lungo, la malata a letto e senza ricorrere ai vescicanti, tintura di iodio, ittiol, pomate risolventi, lavande vaginali, semicupi e bagni generali medicati, cure elettriche, ecc., od alle operazioni cruenti laparotomiche o meno, ecc.

Così pure si ebbe la guarigione di metriti ed endometriti catarrali ed emorragiche, alcune delle quali ribelli a tutti gli altri mezzi di cura, senza ricorrere a raschiamenti, medicazioni uterine, cure elettriche, ecc.

Si videro altresì casi di retroflessione, lateroflessione, retro e latero versione uterine guariti senza dover ricorrere alle operazioni di Alexander od alla isteropessia, nè tampoco ai diuturni bagni, alle lavande vaginali, saline o meno, nè ai pessari. Questi ultimi anzi, a parer mio, sebbene costituiscono uno dei più razionali strumenti ginecologici per i vizi di posizione dell'utero, pur tuttavia sono spesso di poca utilità pratica, e talvolta danno luogo a processi flogistici, ai parametrii e specialmente agli annessi uterini, da dover ricorrere poi in secondo tempo perfino ad operazioni cruenti demolitrici, come è successo anche a me (giugno 1890) in un caso nel quale in seguito all'uso del pessario, per tre mesi, dovetti poi eseguire la ovarosalpingectomia bilaterale.

Infine il caso di prolasso totale dell'utero potè pur esso guarire col semplice trattamento Brandt, senza ricorrere ad operazioni nè plastiche nè demolitrici.

È bensì vero che alcuni casi non poterono dal massaggio ginecologico ottenere la completa guarigione, ma solo un miglioramento, questo però fu tale che sebbene l'affezione locale non avesse subìta grande modificazione, pur tuttavia le pazienti non accusavano più alcun disturbo

e furono licenziate perchè del sintomo dolore e dei riflessi nervosi erano completamente guarite.

Aggiungo ancora che quasi tutte le malate ricorsero alla cura del massaggio solo dopo aver esperiti tutti, o quasi, i mezzi di cura incruenta.

Mi si potrebbe obbiettare che in molti casi e specialmente in quelli migliorati, sarebbe stato molto meglio addivenire senz'altro ad atti operativi. Io potrei però far notare che sebbene al giorno d'oggi, mediante le cautele asettiche ed antisettiche, si possa eseguire impunemente qualsiasi operazione senza compromettere la vita della paziente, pur tuttavia non credo sia lodevol cosa ricorrere a mezzi cruenti quando si possono sperare buoni risultati da altri processi terapeutici; senza voler far notare, come, non sempre dalle operazioni, anche demolitrici, si possa ottenere il *desideratum* della cura, ma bensì talora ad esse tengono dietro incomodi abbastanza seri dovuti od agli stiramenti consecutivi alle operazioni di plastica (Alexander, isteropessia e colpo-perineorrafia), od agli essudati che talora si formano attorno ai monconi degli organi demoliti, od anche al solo fatto della privazione degli organi utero-ovarici, per modo da far desiderare, molte volte, lo stato preoperativo.

Moltissime furono le accuse fatte al massaggio, fra le quali, non ultima, quella di provocare talora nevrosi erotiche alla paziente (professore Jachontoff. — *Nouvelles Archives d'Ostétrique et de Ginécologie — Revue Russe,* Juin 1890).

Non credo necessario il doverle tutte confutare partitamente, mi limito solo a dire che gl'inconvenienti avuti dai vari ginecologi con questo metodo di cura, sono stati causati dal fatto che essi o non conoscevano bene il metodo Brandt, o nòn hanno dato sufficiente peso a tutte le regole prescritte, frutto della lunga e pratica esperienza dell'inventore.

Infatti all'accusa sopracitata del provocare talora nevrosi erotiche, io posso obbiettare che questo non potrà giammai succedere quando l'operatore, presa la posizione descritta pel massaggio ginecologico, mantenga fermo in vagina l'indice sinistro solo come sostegno alla mano esterna.

Invece, come mi fu dato di vedere in una clinica privata di Parigi, alcuni ginecologi, posta la malata in posizione ostetrica, si pongono davanti ad essa, come per l'esame ginecologico, e praticano il massaggio

movendo tanto la mano esterna quanto il dito che sta in vagina. Operando in questo modo si capisce facilmente, come si possano avere le nevrosi erotiche lamentate e anche peggio.

Riguardo poi al quesito se sia preferibile o no questo metodo di cura agli altri incruenti, senza entrare in discussioni esclusiviste mi basta far notare, come fu già accennato, che quasi tutti i casi registrati prima di ricorrere alla cura del massaggio, avevano già esperimentati tutti, o quasi, gli altri mezzi di cure incruenti con poco o nessun risultato.

Riassumendo pertanto il fin qui detto, io credo di poter asserire che, pur ammettendo l'utilità dei vari metodi curativi ginecologici, il massaggio Brandt può avere bene spesso la supremazia sopra tutti gli altri mezzi di cura incruenta e risparmiare talora atti operativi, quando però siano osservate col massimo scrupolo le norme dell'inventore.

Chiudo questo mio scritto compiendo il grato dovere di rendere pubbliche grazie alla squisita cortesia dell'egregio e caro amico dottor Bompiani, il quale si compiacque di porre a mia disposizione tutto il materiale del suo ambulatorio pubblico, per le mie pratiche esperienze.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. Luigi Mangiagalli.

Osservazioni anatomo-cliniche-sperimentali sopra i flemmoni pelvici e le ovaro-salpingiti

E SULLA LORO CURA

PEL

Dott. GIUSEPPE GIGLIO

Lo studio di questo soggetto, da me iniziato nel 1890, quando frequentava il Comparto ginecologico dello Spedale Maggiore di Milano, è in massima parte fondato sul materiale, che il prof. Mangiagalli mi forniva, e sulle ricerche anatomiche, che aveva ivi frequente occasione di praticare.

Le osservazioni cliniche, raccolte per il periodo d'un anno circa, mi suggerirono l'idea di trasportare la tesi nel campo sperimentale, per la risoluzione di qualche quesito, che mi si presentava a prima giunta oscuro. Queste esperienze, non potendo io compiere a Milano, per mancanza di tempo, ebbi l'oportunità di eseguire su larga scala nei gabinetti anatomo-istologici dei professori Santi Sirena ed Arnaldo Angelucci, della Regia Università di Palermo, ai quali mi sento legato da grande riconoscenza.

L'argomento, di cui io ho intrapreso lo studio in alcune parti soltanto, offrirebbe tale vastità di materia, che un patologo, mettendola a profitto, potrebbe dare un assetto migliore, se non definitivo, alla numerosa famiglia delle flemmasie e delle suppurazioni della pelvi e degli organi, in essa contenuti.

Questo còmpito, abbastanza arduo, sorpassa certamente i limiti di una modesta tesi ed entra nel dominio di un trattato.

Io mi trovo perciò esonerato dall' obbligo di dare alle varie parti del mio lavoro un ampio svolgimento, ed avrò sempre ottemperato all'argomento se limiterò le mie osservazioni ai punti più discutibili della tesi, procurando di armonizzare i risultati delle esperienze con quelli della clinica e della patologia.

Un esame accurato dei punti controversi, non sarà opera inutile, quando ancora vi si discute intorno e non si viene ad accordi definitivi.

Prima ancora che fosse portato l' argomento alla discussione nel Congresso di Bruxelles, io aveva preso a studiarlo dal lato clinico non solo, ma anche dal lato sperimentale, nè credo di dover modificare le conclusioni del mio lavoro, dopo i risultati del Congresso, perchè le opinioni rimasero divise.

Le difficoltà del diagnostico delle malattie della pelvi, insormontabili prima dell' apertura del ventre nel vivo, mantennero nell' errore i ginecologi dei tempi passati.

Il nobile entusiasmo dei laparotomisti moderni, che spinse all' osservazione minuziosa della pelvi, dilucidò il diagnostico, ed aprì il campo alla discussione sulla cura.

La lotta che si mantiene ancora viva in questo campo non potrà avere da me una soluzione, quando molti dei più autorevoli hanno o parlato in un senso o nell' altro, e parecchi non hanno ancora dato un verdetto definitivo; i più non tarderanno però a convenire col motto: *Est modus in rebus.*

Il mio giudizio resta intanto subordinato a quello di illustri ginecologi, malgrado esso ritragga una certa importanza dal materiale clinico, che mi ha amorevolmente e generosamente fornito il prof. Mangiagalli di Milano, dalle notizie personalmente raccolte nelle principali cliniche d'Italia, di Germania e d'Austria, dalle esperienze sugli animali, e dagli studî istologici di un gran numero di pezzi patologici, avuti dal Visconti di Milano e dal signor Paltauf di Vienna.

Posso frattanto notare che l'attività, spiegata su larga scala dai laparotomisti in genere e dagli annessiotomisti in ispecie, ha subìto una sosta o un serio rallentamento, che si deve alla lotta che i conservatori da una parte e gl' isterotomisti dall' altra hanno ingaggiato contro i laparotomisti, i quali, a dire il vero, animati dalla sicurezza, che offrivano loro l'antisepsi e l'asepsi, finirono per abusare dell'intervento chirurgico.

Il principio di conservazione, che domina la chirurgia in genere, non può e non deve essere posto in oblìo dai ginecologi moderni, come non possono essere trascurati, l'ufficio della donna nella società e l'esigenza della natura.

Non stavano quindi dalla parte del vero gli annessiotomisti, quando tacciarono di paura i conservatori; ed il loro torto si fece più manifesto quando valenti operatori, come il Freund, il Leopold ed altri, vennero a proporre l'utilità di speciali cure mediche od elettriche. È dovere del ginecologo, come di ogni chirurgo, di prendere in considerazione, prima di demolire, la cura conservatrice, la quale, a dire di Martin, ha dato spesso risultati insperabili.

Possibilmente gli organi utero-ovarici sospendono, ma non interamente perdono la funzione di generare, in presenza d'una affezione tubarica o pelvica; nè ogni interruzione di gravidanza, o sospensione di concepimento, si deve attribuire a guasti nei punti d'origine o nei mezzi di trasporto; ma spesso si deve ricercare e si può rintracciare nelle affezioni dell' endometrio, che non si presta alla fissazione ed alla evoluzione dell'uovo.

A ciascuna delle cure bisogna assegnare dunque i giusti limiti, per evitare le conseguenze di una lunga aspettativa od i pericoli di un affrettato intervento.

Ma prima di parlare di cura mi è d'uopo esaminare i mezzi, di cui disponiamo, per potere differenziare una malattia dall'altra, nella pelvi, ed analizzare l' anatomia e la funzione degli organi, in essa contenuti. Cosa che io farò con la maggiore rapidità possibile.

Ai mezzi plessimetrici e stetoscopici, che noi possediamo, ed alla palpazione addominale, non possiamo accordare che un valore assai relativo, per la osservazione di organi, che risiedono nella profondità della pelvi; un valore assoluto può concedersi soltanto all'esplorazione vaginale e rettale, semplice o combinata, manuale o strumentale, perchè essa sola ci mette in grado di palpare organo per organo isolatamente, e di apprezzare la posizione, la mobilità, il volume, la consistenza, il grado di sensibilità. E ciò malgrado, attraverso i fornici o le pareti addominali, ricche più o meno di adipe e più o meno rigide, si può essere tratti facilmente in inganno, sullo stato di oggetti, che per la loro profondità, o per la loro sottigliezza, o per la loro mobilità, vengono spesso masche-

rati nella fisonomia e nei rapporti da una accidentalità qualunque o da prodotti flogistici, più o meno vasti, che occupano la pelvi.

Gli organi e tessuti pelvici, destinati, da una parte, ad importanti funzioni fisiologiche, facili dall'altra a ricettare un complesso di processi patologici, meritano uno studio accurato e possibilmente dettagliato.

Però, partendo dal peritoneo, che è il tessuto più importante e più delicato della pelvi, per andare all' utero ed agli annessi, agli organi urinarii ed escrementizii, e per arrivare infine al connettivo pelvico, ed al cellulare retroperitoneale, bisognerebbe spazio superiore a quello, che a me è concesso.

Perchè a noi intanto torni più facile separare le affezioni, che si svolgono dentro la cavità peritoneale, da quelle, che avvengono al di fuori di esso, ci bisognerà tener calcolo di tutte le inflessioni ed adattamenti del peritoneo pelvico, che vengono a formare quelle borse e quegli spazi classici, che sono l'ordinario punto di ritrovo delle raccolte purulente e delle masse essudative.

Lo spazio di Retzius, la borsa del Douglas, lo spazio vescico-uterino, le varie saccocce insomma, che i legamenti larghi, utero-sacrali, ecc. coll'utero, colla vescica, col retto e colle pareti pelviche formano, rappresentano le parti più importanti per il ginecologo.

Tornerebbe noioso seguire dettagliatamente le espansioni del peritoneo, che si distende su tutta la pelvi, per ricoprire muscoli, vasi, nervi e connettivo; ma non è superfluo, nè fuor di luogo il rammentare che una sierosa, tanto delicata, non poteva essere esposta all'attrito continuo, cui sottostanno gli organi pelvici, senza essere adagiata ad un soffice cuscino di tessuto cellulo-adiposo, il quale, se scarseggia in taluni punti, è sparso poi a dovizia in molti altri.

Le intime relazioni di questi tessuti tra di loro e coi limitrofi, la disposizione anatomica di essi, i rapporti di vicinato e di irrigazione (sanguigna e linfatica) cogli organi pelvici, le influenze, che in comune ricevono da un ricco apparato nervoso, stabiliscono tale eccezionalità di condizioni, in questa regione, da formare un campo vasto di studi.

La presenza del peritoneo, la distribuzione varia del cellulare, la qualità del connettivo, costituiscono i tre fattori più importanti rispetto alla sede ed alla natura delle flogosi; la continuità del peritoneo pelvico, col peritoneo parietale e viscerale, le vie di comunicazione dirette del

connettivo e del cellulare della pelvi con quello delle altre regioni spiegano la diffusibilità delle stesse.

Però la maggiore importanza deve attribuirsi alla grande rete anastomotica delle arterie utero ovariche, delle pudende e vaginali coi plessi venosi, vescicali, vaginali, uterini, ovarici, ed alla lussuriosa irrigazione linfatica, che gli studi recenti di Poirier e di Cheron (1) hanno messo in evidenza.

Le stesse vie fornite da questi sistemi, per spiegare il cammino e il trapiantamento di elementi neoplastici (2), appresteranno a noi le tracce del viaggio e delle localizzazioni dei microgermi infettivi.

In questo rapido sguardo però non deve essere trascurato un'organo, che, per la sua disposizione e struttura, e per la sua funzione, è soggetto a molteplici e svariate complicazioni.

La tromba, destinata a mezzo di trasporto in un fenomeno fisiologico, restando legata all'utero, non può negare il passaggio ai corpi, che di là possono migrare, o che vi possano giungere da altre stazioni.

Sospesa la salpinge nella pelvi, contenuta nello spessore dei legamenti larghi, comunicante da una parte coll'utero e dall'altra col cavo peritoneale, subisce spesso le tristi influenze dell' uno e le conseguenze dell' altro. Ed è speciale fortuna la conformazione differente dei due orifici di sbocco, giacchè il peritoneale, ricco di fimbrie ed in rapporto

---

(1) Poirier. « Linfatici dei genitali feminei, » pag. 65. *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* Milano, genn. 1891. — Cheron. « Cellulite pelvienne. » *Revue Méd. Chirurg. des maladies des femmes,* N. 1 e successivi, 1890. — Hart e Barbour. « Manuale di Ginecologia, » pag. 80. Per Cheron l'utero è ricco di linfatici, i quali prendono origine nelle lacune linfatiche della mucosa *cervico-uterina,* attraversano la parete muscolare e si portano gli uni ad un ganglio retropubico od otturatore, gli altri ad una serie di gangli retrouterini e qualche volta ad un ganglio inguinale. I differenti tipi clinici della parametrite descritti dagli autori, fanno supporre le differenti disposizioni anatomiche dei linfatici a seconda gl' individui. — Il Poirier, nelle sue recenti ricerche, ha visto i linfatici della porzione vaginale del collo, penetrati ed intrecciantisi alla base del legamento largo, seguire l'andamento dell'arteria uterina e gettarsi nei gangli, situati alla divisione della iliaca interna. Comunicanti con quelli del corpo, mediante anastomosi, gettarsi quest'ultimi nei gangli inguinali, per l' intermezzo dei linfatici, che seguono i legamenti rotondi. Le ricche anastomosi dei linfatici dei genitali esterni, e della vagina con quelli dell'utero, della vescica e del retto (Hart), i gangli di scarico dell' inguine, della pelvi e dei legamenti larghi, che stanno in dipendenza di tutto il sistema accennato, chiariscono che l'ufficio di esso non è secondario a quello di altri sistemi.

(2) Mangiagalli. « Presentazione di uteri esportati per via vaginale con alcune considerazioni sul diagnostico del carcinoma uterino. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* pag. 642, sett. 1891.

diretto col peritoneo, è facilmente infiammabile e proclive ad occludersi, mentre l'uterino, stando in rapporto con mucose, se s'infiamma, non si occlude o raramente. Il vantaggio, derivante da questa speciale conformazione, non è lieve, nei casi di raccolte purulenti ed infettanti delle trombe, perchè, trovando esse chiuso l'uscio peritoneale ed aperto quello uterino, possono riversarsi senza danno nell'utero.

La struttura fine della salpinge, la poca resistenza, che offre la delicata fibra del doppio strato muscolare, la ricchezza di pliche mucose e la facilità alle anastomosi dei villi, hanno fatto di quest'organo una sede di malattie, che hanno arricchito il campo del ginecologo.

Questo sommario ci guiderà alla ricerca ed alla spiegazione di taluni processi patologici della pelvi.

* * *

La confusione e l'incertezza, che regnò molto tempo intorno a questa classe di malattie, è venuta a dileguarsi in grazia ai lavori di Nonat, di Lisfranc, di Bernutz, di A. Goupil, di A. Guérin, di Lucas Championnière e di molti altri moderni, come Leopold, Martin, Doléris, ecc.

Dopo attenti studi, fatti sulle malattie dell'utero, che si sono resi più completi ai giorni nostri, si rivolse l'attenzione sul tessuto connettivo e adiposo della pelvi, che risiede intorno all'utero e si venne a parlare del flemmone periuterino. Il Bernutz dopo credette dare maggiore importanza al peritoneo pelvico, e quindi venne in campo la pelvi-peritonite. Il Siredey, il Gallard, il Brouardel ed altri richiamarono l'attenzione sugli annessi, che studiati ancora meglio, dopo l'acquisto della antisepsi, portarono una vastità di conoscenze, fino allora ignote.

Una classificazione dei flemmoni pelvici, fondata sugli studi, che adesso si posseggono, sarebbe non solo utile, ma necessaria; però rimettiamo questo compito ai patologi.

Tra quelle esistenti, la classificazione di Jules Cheron (1), che divide le flemmasie pelviche, in quelle, che hanno sede nell'utero, e quelle, che provengono dagli annessi, merita speciale considerazione.

---

(1) *Revue Médic. Chir.*, 25 gennaio 1890, Medic. di St. Lazare.

In ordine a frequenza il Bernutz (1), nel suo lavoro sulla cellulite pelvica (parametrite) o adeno-flemmone pelvico, dà maggiore importanza alla pelvi-peritonite, la quale, oltre ad essere la più frequente, esprime meglio la sede di tutte le infiammazioni periuterine, e mette in seconda linea, per la sua rarità, il flemmone del legamento largo in ispecie, che viene anzi da taluni assolutamente negato.

Io mi astengo dal fare una graduatoria di tali affezioni, e di dare la preferenza più all'una che all'altra forma, giacchè credo di non poterla appoggiare su ragioni anatomiche sufficienti; credo anzi che l'anatomia sorregga a provare, che le flogosi del connettivo pelvico e degli annessi in genere traggano la loro dipendenza dai rapporti dei linfatici della mucosa cervicale, con quelli del legamento largo e del connettivo pelvico. Per questi stessi rapporti l'adeno-flemmone del legamento largo, non può essere negato (2).

Lo Championnière, che è uno dei più forti sostenitori del flemmone del legamento largo e gli altri, che lo negano, tra cui il Guérin, perchè lo hanno confuso coll'adenite *juxta pubienne* o con la salpingo-ovarite, o colle cisti tubariche, non curarono le prove sperimentali, come io ora ho fatto.

Il Guérin fondò le sue conclusioni sopra alcuni fatti da lui constatati, cioè che in molti flemmoni pelvici, il tessuto cellulare del legamento largo si conservava perfettamente intatto.

Ciò non poteva però autorizzarlo a concludere per la inesistenza del flemmone suddetto, quando il Trélat e lo Cheron (3) hanno nettamente distinto questo dai focolai purulenti, che hanno spesso inciso nella pelvi, senza bisogno di aprire il peritoneo.

La rarità del flemmone del legamento largo, comprovata dagli ul-

---

(1) *Revue Médic. Chir. des maladies des femmes*, 25 gennaio 1890.

(2) Il tessuto cellulo-adiposo è poco suscettibile d'infiammarsi; sono piuttosto i setti del connettivo lasco, che si infiammano facilmente, giacchè è in essi, che scorrono i vasi sanguigni e linfatici. Alterati i vasi, i globuli di sangue ed i corpuscoli linfoidi prima invadono i sepimenti del connettivo e dopo si versano nelle maglie del cellulare. Quelle che più facilmente ancora s'infiammano sono le glandule linfatiche, le quali dapprima aumentano la loro funzione, dando luogo a proliferazione maggiore di elementi, per cui diventano iperplastiche, e dopo finiscono per suppurare. Vedi mie esperienze.

(3) Trélat, pag. 1035, della sua opera di Ginecologia. — Cheron, *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, pag. 331, aprile 1891.

timi suddetti, in rapporto alle collezioni purulente del piccolo bacino, ai focolai purulenti del connettivo delle vicinanze dell'utero, alla periovarosalpingite, ecc., trova conferma nei risultati delle mie esperienze; ma la struttura anatomica del legamento largo ci vieta dallo escluderlo interamente. In esso diffatti troviamo tessuto connettivale e adiposo, glandule linfatiche, vasi, nervi e fasci muscolari, troviamo una sierosa di rivestimento, continuazione del peritoneo pelvico, ed organi importanti, destinati al trasporto dell' uovo, ma che si prestano anche al passaggio dei germi infettivi.

Il Terrillon trovava ancora, fino a qualche anno addietro (1), a discutere sulla patogenesi e sulla frequenza del flemmone del legamento lato, essendo convinto, che della confusione si è sempre fatta tra la pelviperitonite, ed altre affezioni pelviche; ma io credo, che nessuno più adesso, colle cognizioni, che possediamo, solleverà la quistione in contrario.

Delle nozioni dettagliate sull'argomento si possono del resto rintracciare nei lavori di Aran, di Siredey, nel trattato di ginecologia di De Sinety e negli studi di Lawson Tait, di Terrillon, di Cornil, di Boully, di Trélat, di Terrier, di Champonnière, del Pozzi e di molti altri (2).

Un valido aiuto agli studi di questi quesiti possono infine darlo i lavori sui linfatici della pelvi, ed io credo, che si possa, per mezzo loro, trovare la spiegazione di molte controversie (3).

Le idee di Nonat, di Bernutz e di Guérin sulla parte anatomica e le discussioni di Trousseau, di Courty, di Championnière e di altri sulla eziologia, furono vagliate dallo Cheron, il quale è venuto a delle conclusioni, che è opportuno riferire. Lo Cheron, dice:

« La cellulite pelvica è secondaria a *flemmoni* addominali, a forme « morbose degli annessi uterini e del peritoneo, oppure è di origine « uterina direttamente, ed isolatamente, senza propagazioni agli annessi « ed al peritoneo. In prova di ciò egli sostiene che il materiale settico « viene trasportato nel cellulare pelvico dalle vene e dai linfatici, o che

---

(1) « Leçons de clinique chir. » Paris, Octave Dain, 1889.

(2) TERRILLON. *Acad. Med.*, 31 marzo e 27 settembre 1887. — CORNIL. Ibidem, dicembre 1887, *Archiv. Phis.*, 15 novembre 1887.

(3) Loco citato.

« le lesioni della vagina, del collo dell' utero e del canale cervicale « danno luogo all' adeno-flemmone periuterino, per mezzo dei linfatici, « che per la mancanza o scarsezza del cellulare retrouterino, l' infiam- « mazione dei linfatici della faccia posteriore del collo, darà adenite « retrouterina senza cellulite, che l' adenite del legamento largo sarà « spesso seguita da peri-adenite e se andrà in suppurazione, la rot- « tura di una di esse nel cellulare del legamento largo darà luogo al « flemmone. »

La verità di queste asserzioni ho potuto in gran parte controllare nel corso delle mie esperienze sugli animali; ma mentre mi è tornato facile a provocare talune lesioni, altre sono riuscite difficili ed incomplete. In ogni modo ho visto, che leggi assolute non si possono dettare. Le cause microbiche, che tali processi provocano, hanno libertà assoluta nella scelta del cammino e della sosta. Nei dettagli, che darò in seguito, si troverà più facile la ragione di ciò. Probabilmente le diversità anatomiche tra una specie e l' altra di animali avranno anche le loro influenze.

Per non riuscire soverchiamente lungo, non mi fermo sulle osservazioni di Guérin, del Koenig, di Schlesinger, di Poirier, di Bernutz riguardanti la propagazione dell'adeno-flemmone pelvico ai diversi strati cellulari del bacino, donde deriverebbero anche il piastrone addominale di Chomel, o le vaste raccolte nelle fosse iliache, nel psoas, nel cellulare vescico uterino, e peri-vaginale. Le comunicazioni anatomiche e vasali, fra il cellulare della pelvi del legamento largo e delle regioni vicine, danno la spiegazione di tutto. È tale la intimità di rapporti dei varii tessuti pelvici fra di loro, oltre la comunicazione diretta della vagina e dell' utero colla cavità peritoneale, a mezzo delle trombe, che riesce facile a comprendere, quanta possibilità abbia un processo infettivo e flogogeno, incominciato in vagina, nell' utero ed in altro posto, a propagarsi rapidamente in siti più o meno lontani.

* * *

Isolare e limitare un processo infiammatorio nella pelvi è più del caso che della cura, e quindi solamente il patologo per ragioni di studio può creare dei confini artificiali.

Intorno alla sintomatologia nei manuali della specialità è detto abbastanza, ma non è tutto quello, che oggi si richiede per differenziare una affezione dall'altra e per localizzarla nell'organo che colpisce.

Le esigenze della cura, così come viene fatta dai ginecologi moderni, richiedono la ricerca minuziosa dei sintomi e la diagnosi esatta, donde nascerà la giusta indicazione; ma io non posso occuparmene che in linea secondaria, e rimando perciò in nota le osservazioni sul proposito (1).

---

(1) L' osservazione metodica deve essere guidata da un dato, eminentemente pratico, che è quello di separare gli organi intraperitoneali dagli oggetti, che stanno fuori del peritoneo.

La mobilità, che godono ordinariamente i primi, e il segno della fissità, che presentano sempre i secondi, sono guida quasi sicura a stabilire, se un processo patologico si svolga dentro o fuori della cavità peritoneale.

Non v' ha dubbio, che questo segno può in dati momenti, o in certi stadi della malattia mancare, o essere turbato da complicanze, ma allora ve ne sono altri, che possono soccorrere l' osservatore, per distinguere una raccolta tubarica o peritubarica da una affezione periuterina, o parametrale.

Il segno di Kivisch, ritenuto patognomonico per le affezioni delle salpingi, non è il più sicuro, per gli spostamenti, che subisce spesso un ovidutto infiammato, ipertrofizzato o dilatato; mentre è costante il fatto di potere in simili casi infossare il bordo della mano fra la tumescenza, appartenente alla tromba, e le pareti pelviche. Ciò non sarà mai possibile in una raccolta parametrale. Si limiterà una massa più o meno fusiforme, o rotonda nel primo caso, mentre sarà irregolare od appiattita nel secondo, e se la prima sarà più o meno mobile nel cavo peritoneale, rimarrà sempre fissa la seconda, che risiede fuori del peritoneo pelvico.

Al segno di lateralità della cisti salpingea o dell'ovidutto ingrossato, si sostituisce sempre la disposizione periuterina della massa informe, o l' ingombro del pavimento pelvico e delle fosse iliache.

Qualunque sia lo spostamento, che possa aver subìto la tromba ammalata, vi sarà sempre un solco tra essa e l'angolo uterino corrispondente, al quale rimane legata per un peduncolo più o meno grosso.

Gli essudati periuterini e gli ascessi parametrali o formano un insieme coll'utero, che circondano, o gli stanno addossati, o si discostano da essi per continuarsi nella piccola e nella grande pelvi accollati alle pareti.

Non sempre, nè tutto si può trovare esplicito e semplice, qualche volta si osserva una tromba, fortemente dilatata per una raccolta, ripiegarsi o indietro nel Douglas, o in avanti nello spazio vescico-uterino, e quivi, fissata da essudati, confondersi con tumori flogistici peri-uterini, e coi prodotti di uno adeno-flemmone pelvico o con cellulite pelvica ascessata.

Alterato l'organo, mutata la topografia, mascherata la forma dalle complicanze, scompaiono i caratteri differenziali per la diagnosi e non restano che i precedenti anamnestici, i segni subiettivi e quello aspetto speciale di corpo fusato od arrotondito, più o meno levigato, che offre la tuba in contrapposto alla irregolarità costante degli essudati periuterini, e delle raccolte od infiltrati parametrali.

Per differenziare gli essudati periuterini dalla cellulite pelvica, e dal flemmone del legamento largo s' incontrano maggiori difficoltà.

La perimetrite o pelvi-peritonite, che va al periodo essudativo, non sarà difficile confonderla colle suddette affezioni, sebbene essa si svolga dentro il peritoneo, mentre le due altre estraperitonealmente.

Però gli essudati periuterini si addossano sempre all'utero, indietro, in avanti ed ai lati, ciò che

In quanto alle cause, recenti scritti di Leopold, di Martin, di molti altri, s'intrattengono abbastanza; però io credo si possano riassumere tutte nella unica causa parassitaria (infezione). I contagi diretti ed indiretti, gli aborti ed i parti strumentali, i puerperi patologici, ecc. ecc., conducono spesso alla penetrazione di germi infettivi o di putrefazione nell'organismo, dove date alterazioni provocano.

Nè le medesime alterazioni, trovate nella vergine, distruggono l'asserto, perchè delle abrasioni possono riscontrarsi anche nei genitali di lei, le quali diano adito ai germi infettivi.

* * *

Dopo queste generalità rivolgiamo lo sguardo agli argomenti speciali.

Comincio io dal domandarmi se le diverse alterazioni flogistiche della salpinge rappresentino diversi processi infiammatorî o gli stadî di un unico processo.

Una continuità perfetta fra le diverse manifestazioni flogistiche non si può invero stabilire, perchè la demolizione dell'organo vien fatta quasi

---

non avviene con l'infiammazione parametranica di Spiegelberg, che si svolge sempre per 2 centimetri attorno all'utero nel connettivo retroperitoneale.

Il flemmone del legamento largo, che si sviluppa nel connettivo e nelle glandule, contenute tra i due foglietti peritoneali che lo formano, ha invece dei caratteri speciali.

Esso, anatomicamente, sarebbe estraperitoneale, tanto vero che una cellulite pelvica, cominciata attorno all'utero, può diffondersi in tutto il pavimento, e giungere fino al connettivo dei legamenti larghi e della grande tazza pelvica. Ma la disposizione fluttuante nella cavità addominale e il tragitto, che seguono dall'utero verso le pareti pelviche, insieme alle trombe e la intimità con l'ovaio, fanno sì che un adeno-flemmone, svoltosi in esso, possa benissimo godere della mobilità di una raccolta tubarica, e, come essa, assumere un aspetto più o meno arrotondato, e confondersi con una ovarite, ecc.

E sebbene la raccolta tubarica presenta il peduncolo, che la unisce al corno uterino, il quale manca completamente nell'altro caso, perchè vasto per quanto si voglia, si arresta sempre ai bordi dell'utero, pure l'errore è spesso possibile, ed il carattere, che meglio ci allontana dall'errore, è il largo impianto, che esso deve sempre presentare al pavimento pelvico.

Quanto ho detto fin qui, non è tutto quello, che abbisogna per fare una diagnosi, e potrebbe quindi parere un fuor di luogo, se non lo completassi; però io non scrivo un trattato, ma una tesi, ricordo quindi quanto può interessarci nella delucidazione della stessa.

Dovrei anche analizzare il valore degli spostamenti uterini, provocati dalle masse essudative o dalle raccolte purulente, perchè potrebbero avere la loro importanza nella cura; ma me ne dispenso, potendosi leggere un dettaglio prezioso, dato da Graily Hewit e da Mattews Duncan e le memorie di John Williams (Transactions of the Obstetrical Society of London) e di Hart.

sempre a malattia inoltrata, quando alterazioni importanti e gravità di sintomi lo impongono; però riferendomi alle cause, non v'ha alcuna necessità di supporre, che bisogna sempre partire dalle alterazioni più leggiere per andare alle più gravi, potendo benissimo esordire una affezione grave sin dallo inizio.

Non si ha alcuna necessità di credere che qualunque alterazione infiammatoria della salpinge, parta da quello stato di iperemia della mucosa, a cui tien dietro lo stato di essudazione, di rigonfiamento di tessuti, di desquamazione di epitelî, di proliferazione di elementi, ecc. ecc.; spesso i fatti infiammatorî esordiscono intensi e precipitano i periodi, per cui si ha un processo o l'altro secondo gli eventi.

La purulenza, la distruzione degli epiteli, le saldature dei villi, le ostruzioni tubariche e le formazioni cistiche possono aversi per un processo acutissimo o per un processo cronico.

Gli studî, che io potei fare sopra un gran numero di pezzi anatomici, di cui conservo i preparati microscopici, non mi permettono di stabilire questa continuità o questo crescendo dal catarro alla purulenza, alla idropecistica, ecc. Una affezione catarrale, per sè sola, potrà condurre a neoformazione di tessuti, ad alterazioni che non si arrestano alla sola mucosa, ma che invadono anche lo strato muscolare ed i connettivi, bastevoli talora ad indicare l'opera di demolizione.

Gli studî di Cornil e di molti distinti ginecologi non permetteranno a me di dire cose assolutamente nuove, ma i miei esperimenti, completati da osservazioni istologiche e batterioscopiche, mi hanno fornito dei concetti, che possono esercitare una certa influenza sulla cura.

I concetti, che io ho potuto formare, mi concedono di stabilire, che tra i peggiori danni che subisce l'ovidutto (come organo di conduzione) si bisognano annoverare le aderenze dei villi, consecutive alle alterazioni e alle desquamazioni, che subiscono gli epitelî. Allora viene impedita la funzione fisiologica di esso, il trasporto dell'uovo, il quale, fermandosi lungo il cammino, può dar luogo a sviluppo di gravidanze tubariche, peritoneali od ovariche. Allora vengono in campo le raccolte cistiche, per ritenzioni di liquidi, in maggior copia segregati da epitelî infiammati.

Se si fa un taglio trasversale dell'ovidutto, si vedono tali e tante ripiegature della mucosa, da rendere virtuale il lume del condotto. Per poco che questa mucosa s'infiamma, e che gli epitelî si esfoglino, la

saldatura delle pliche diviene facilissima, e la formazione di saccocce, ove si ritengono i liquidi, sarà la conseguenza necessaria (1).

In molti preparati riesce facile trovare delle lacune circoscritte e completamente isolate, rivestite dappertutto di epitelio sano, i cui elementi cilindrici portano ancora le loro ciglia e sono benissimo capaci di segregare liquido.

La loro forma, che non differisce molto da quella d'una glandula secretiva, ha fatto credere a taluno alla esistenza di glandule nelle tube, però i preparati stessi in altri punti, mostrano la formazione di queste saccocce, secondaria ad alterazioni flogistiche.

Ove la saldatura non avvenga e completa, la raccolta non si farà, perchè i liquidi si vuotano e gli altri pericoli, di cui sopra parlammo, non hanno luogo facilmente.

Attribuiva molta gravità al fatto delle aderenze dei villi, perchè le altre alterazioni possono essere passeggiere, se si riferiscono a semplice desquamazione di epitelî per catarro, o ad infiltrazione parvicellulare, giacchè gli epitelî si rifanno e gli elementi migrati si disfanno o ritornano in circolazione.

Nè gli elementi di proliferazione e le produzioni connettivali alterano essenzialmente l'organo; difatti, se l'alterazione di questa natura non è profonda, nè antica, un miglioramento nei tessuti è spesso sperabile e la funzione potrà esplicarsi.

È semplicemente vano sperare, quando interviene la purulenza e con essa la distruzione completa degli epitelî, le alterazioni profonde della mucosa e del tessuto muscolare, l'organizzazione di nuovo connettivo, l'ipertrofia dell'organo.

Eppure non è raro osservare, in mezzo a distruzioni vaste di epitelio e ad altre alterazioni, dei tratti rivestiti di epitelî, ben conservati o leggiermente modificati, specialmente negli avvallamenti o sinuosità, che formano i villi, e questo fa sperare, che, modificato il processo, l'organo non resterà del tutto inutilizzato, o per lo meno non si renderà nocivo.

Le distruzioni, che fanno rinunziare a qualunque speranza, si trovano

---

(1) Leopold. *Annali di Ostetricia e di Ginecologia,* 1892.

nelle salpingiti blenorragiche gravi e nelle tubercolari. Avviene in questi casi tale disorganizzazione nei varî strati, tale disfacimento di elementi epiteliali, tale degenerazione in tutti i tessuti, compreso il muscolare, che bisogna per forza ritenere dannosa la presenza di un organo, talmente avariato.

Sono indotto non pertanto a bene sperare ed a limitare i casi disperati, anche per il fatto importantissimo, da parecchi e da me stesso controllato, di trovarsi, in una data epoca della malattia, inefficaci i batteri o poco adatti a moltiplicarsi.

Le colture, che io soventi praticai nell'Istituto di Anatomia Patologica di Milano, coi liquidi aspirati dalle trombe, rimanevano spessissimo sterili o si sviluppavano lentissimamente nei primi giorni, malgrado fossero mantenuti a temperatura costante nel termostato, per cadere dopo nella inerzia completa. Queste colture ed i liquidi aspirati, inoculati negli animali (conigli), talvolta non reagivano affatto, talvolta davano segni di reazione, puramente locale, e leggiermente febbrile.

Io non saprei assegnare le ragioni vere di questo fenomeno; forse, dopo un certo tempo, viene a mancare nella tromba il mezzo adatto alla vita di questi micro-organismi, oppure i prodotti del loro lavorìo (ptomaine-toxine) diventano venefici per loro stessi.

Il certo si è, che liquidi purulenti, di cattivo aspetto, fluidi, fetidi e verdastri, che lasciavano sprigionare dei gaz di odore acre e nauseante, non mostravano che poca o niente di virulenza.

Qualunque sia la ragione, io prendo il fatto, sino ad un certo punto fortunato, cioè che la loro vita in quell'organo si affievolisce col tempo, finchè si spegne completamente.

Dimodochè, se i germi, in esso penetrati, non sono stati capaci fin da principio a provocare dei guasti serî, è da sperarsi nel ripristinamento fisiologico del tessuto.

Dalle inoculazioni di colture pure di germi piogeni, che io ho praticato recentemente nei genitali di conigli e cagne, ho visto che, talune volte dopo 20, 30 giorni, essi non erano stati capaci a produrre alterazioni anatomiche gravi nei tessuti; spesso soli fatti di iperemia e di congestione vasale si poterono osservare in quei tessuti, dai quali gli innesti presi furono positivi.

Supposto anche, che non agissero prontamente, per attenuazione, che avevano subìto nei passaggi o pella durata lunga in terreni artificiali, il periodo di 20 o 30 giorni sarebbe stato sufficiente per vedere spiegata intera la loro efficacia.

Sovente però, più che mostrarsi delle alterazioni sulle mucose di detti organi, si esplicavano sulle sierose, sui tessuti periovaro-tubarici e sui legamenti larghi; dimodochè, non per attenuazione subìta, riducevano la loro attività, ma perchè gli epitelî hanno sino ad un certo punto il potere di salvaguardare l'integrità dei tessuti sottostanti, e sino a quando gli epitelî resistono, l'organo ha il potere di sbarazzarsi del nemico, che attenta alla sua vitalità.

In ogni modo nelle prove sperimentali, che io ho fatto, colle inoculazioni dello stafilococcus piogenus, aureus, albus, citreus, col bacillus piocianus viridicus e colle associazioni batteriche, ho potuto osservare, che le colture artificiali in gelatina ed in brodo, attenuate dal tempo e da diversi passaggi, spiegavano un'azione deleteria minima; si limitarono spesso a provocare fenomeni semplici di iperemia e di diapedesi, che scomparivano talvolta spontaneamente dopo breve tempo.

Le colture fresche invece, attaccando con più veemenza i tessuti, vi determinavano dei fenomeni infiammatori più acuti, i quali si svolgevano più facilmente sulle sierose, che rivestono gli organi ed i tessuti pelvici, anzichè sulle mucose, se erano ricoperte di epitelî sani.

Le alterazioni più gravi le ebbi poi dalle colture riattivate sugli animali e dalle associazioni batteriche.

Tutte queste modalità hanno il loro interesse, perchè esse ci insegnano, che, per venire devastato un organo, abbisogna la concomitanza di parecchie cause.

Interessa più di tutto far rilevare, che la maggiore facilità, che hanno le sierose ad infiammarsi, porta ai fenomeni peri-ovaro salpingei e periuterini, donde impastamento di tessuti, aderenze, spostamenti di organi.

Quando verremo alla cura, questo che ho detto, avrà il suo valore, perchè liberare un organo, che può ancora funzionare, delle aderenze, non è la stessa cosa di demolirlo. L'intervento chirurgico, nel primo caso, si contiene ancora nei limiti della chirurgia conservatrice, mentre nel secondo ci trasporta ad una terapia, che urta con lo scopo della chirurgia moderna.

Al concetto di provare gli effetti delle associazioni batteriche fui condotto da quel caso (1), che pubblicai l'anno scorso sugli *Annali di Ostetricia e di Ginecologia*. Ed in vero vidi riconfermato il fenomeno, che diverse specie di batteri, unite insieme, raddoppiano la loro efficacia e provocano delle lesioni più gravi.

Al Monprofit, che si domandava, nel suo studio di anatomia patologica delle trombe, se la salpingite catarrale potesse ritornare indietro o fosse costretta andare avanti, fino alla pio-salpingite, ecc. ecc., credo di aver risposto più innanzi.

In ogni modo è chiaro, che essendo le cause di natura microbica, l'entità e la natura del processo è devoluta al tempo, all'attività, alla qualità della specie batterica, che agisce.

In tutto quello che son venuto esponendo, si vede, che la mia preoccupazione è rivolta più alla funzionalità degli organi, che alle sofferenze, provenienti dalle alterazioni e non sono solo, perchè molti adesso (2), e il Doléris, fino dal 1890, nel Congresso di Berlino, si dolgono, che la moderna ginecologia tenda a sostituire i processi di distruzione ai processi di conservazione.

Il tempo darà ragione, perchè la corrente si vede piegare già verso queste idee, e le sofferenze, che stabilivano l'indicazione principale per la demolizione, si è visto che si leniscono in tutto od in parte, colle cure mediche ed elettriche in genere e con l'ittiolo in ispecie, importato dal Freund nella ginecologia.

Non spendo ulteriore tempo in questo, perchè il mio amico Polacco, assistente del prof. Mangiagalli, ha sostenuto validamente queste ragioni nelle sue pubblicazioni sugli *Annali di Ostetricia e Ginecologia*.

Alle idee di lui, che è stato il primo ad occuparsi in Italia dei vantaggi dell'ittiolo, mi associo completamente, per i risultati, che ho potuto ottenere nella mia pratica in Palermo.

Ritorno piuttosto al mio assunto, all'esame cioè della funzionalità degli organi genitali, dietro uno dei processi sopradescritti.

Le saldature dei villi, le aderenze delle fimbrie del padiglione al

---

(1) « Il bacillo dello edema maligno negli ascessi pelvici, associato allo stafilococco plogeno. »

(2) « Nuovo contributo allo studio dell'Ittiolo in ginecologia, » del dott. Romolo Polacco, *Annali di Ostetricia e di Ginecologia*, Milano, 1892.

peritoneo, le periovaro salpingiti, e le perimetriti essudative, congiurano tutte a danno della funzionalità, essendo impedita, in taluni casi, la deiscenza dei follicoli di Graaf, e in altri la conducibilità dell' uovo.

Ma se la funzione è annullata, e l' organo perciò reso infruttuoso, sarà per necessità dannoso all'organismo e dovrà per questo essere condannato a perire?

Io sono con quelli, che respingono queste idee, e la mia convinzione era fatta sin da quando, recatomi a Milano ed a Vienna, per ragioni di studio, assistetti a moltissime ablazioni di annessi nella clinica di Chroback e ad un numero scarso, presso il comparto del prof. Mangiagalli.

Lo studio dei pezzi anatomici e le alterazioni istologiche, in armonia coi risultati della cura medica ed ittiolica, mi confermarono nella idea, che anche nei casi di raccolte purulente, idropiche e sanguigne delle trombe, si può avere il ritorno ad pristinum o un serio miglioramento.

Le gravidanze, osservate più volte da Martin, dopo processi gravi degli annessi ed una volta da me stesso, proverebbero come questi organi possano ritornare alle primitive condizioni fisiologiche.

* * *

Dopo ciò, un' analisi sulle vie di propagazione delle infezioni, mi pare che potrebbe giovare alla spiegazione di molti fenomeni.

« Le ricerche del Widal (1), stabilirono che l' infezione non è sem-
« pre capace di generalizzarsi; molto spesso si circoscrive, si arresta
« nell' utero, o diventa periuterina, qualche volta solamente si propaga
« ad altri organi e tessuti. »

Però questo solo non basta, ancora bisogna sapere se le vie di propagazione siano i linfatici, i vasi sanguigni, o le mucose. Nè basta il supporlo, bisogna provarlo.

La disposizione anatomica non si opporrebbe alla supposizione della propagazione della malattia dalla vagina alle trombe, attraverso le mucose, ma la distribuzione e la ricchezza dei vasi sanguigni, e dei linfatici nella pelvi, porta ad altre congetture.

---

(1) « Etude sur l'infection puerp., la flhegmatia alba dolens et l'erysipèle, » 1889.

Per valutare una teoria o l'altra, cioè se la propagazione della infiammazione alle trombe, avvenga per continuità di tessuti (per mucosa) o per i linfatici, io ho istituito una serie di esperienze sugli animali, che sono riferite in seguito. Mi permetto intanto di fare osservare che il canale vagino-utero-tubarico è ricoperto di mucosa, che cambia di struttura istologica in parecchi punti, specialmente in quanto riguarda la qualità degli epitelî, ed è bagnato da liquidi, che mutano di natura, di densità e di reazione ad ogni tratto. Questi fatti e la direzione delle correnti dei fluidi, che si stabiliscono in questi tubi, se nessuna influenza avessero sulla ovulazione e sulla fecondazione, la natura non avrebbe complicate le cose, ed il trasporto delle infezioni dalla vagina all'utero, ed alle trombe, e da queste al peritoneo, sarebbe molto più frequente e per lo più causa di fenomeni gravi.

Se quindi la propagazione per mucosa in via ascendente è possibile, non è però il fatto ordinario; è più facile piuttosto, come dimostrano i miei esemplari (Fig. 1), la propagazione per via discendente dalle trombe all'utero, secondo la corrente dei fluidi delle trombe e la disposizione, ed i movimenti dei villi delle stesse; o meglio dalla vagina e dal collo dell'utero ai legamenti larghi, alle trombe, ai corni uterini ed al corpo dell'utero.

Ma perchè una infezione si inizî nelle trombe, escluso il tramite dell'utero, fa d'uopo ricorrere alla via dei vasi sanguigni e linfatici, ed è quello che io posso provare, perchè le inoculazioni nei legamenti larghi in prossimità del tragitto delle trombe e dell'ovaio, determinarono fatti catarrali e desquamazioni epiteliali nelle trombe, infiammazione più o meno grave, nei corni uterini, alterazioni fino al corpo dell'utero, nessuna lesione nella vagina.

L'esperimento però è completo, quando si fa la controprova. Ebbene, le inoculazioni nel corpo dell'utero e nei corni uterini, a tessuti sani, e qualche volta anche lesionati, o rimasero inefficaci, o determinarono lesioni locali; anzi ho un preparato microscopico, che mi rivela delle alterazioni gravi, nei vasi del corno, ove fu praticata l'iniezione, senza che la tromba vicinissima, fosse stata seriamente influenzata. Un'altra prova più evidente fu data dalle inoculazioni di pus, che io feci sul collo dell'utero.

Si può difatti facilmente seguire la via che tenne l'elemento in-

fettivo, perchè si trovano in un pezzo anatomico (Fig. 1) i tessuti vaginali e peri-vaginali ed il collo dell'utero fortemente infiammati, un vaso di grosso calibro, che mette in comunicazione il collo dell'utero, con le trombe da una parte, e colla pelvi dall'altra, fortemente congestionato, molto iniettati i rami secondarî, che da esso si distaccano, per gettarsi nei corni uterini. Si trova lungo il grosso vaso, nello spessore del legamento largo sinistro, presso alla terminazione del corno uterino, e il principio della tromba, un ascesso della grossezza d'una nocella, la cui parete è erosa in parecchi punti. Si vede che le alterazioni maggiori sono nei corni uterini, anzichè nelle trombe o nell'ovaio, ma decrescono gradatamente dall'alto al basso, cioè verso l'utero. La prova più evidente è data dalla presenza dei batteri nel sangue, nelle pareti vasali e nelle guaine linfatiche perivasali (Fig. 14).

Il preparato è dovuto a tagli fatti nei tessuti pelvici e nei legamenti larghi.

Un fatto materiale corroborerà di più il mio argomento.

I batteri, osservati in liquidi sotto al microscopio (cioè nella goccia pendente e nella camera umida) presentano dei movimenti, che indicano la loro vitalità, ma dessi sono limitatissimi, ed entro un piccolo raggio, mentre poi tutti insieme obbediscono alla velocità ed alla direzione, che loro impone la corrente liquida, che si stabilisce sotto il vetrino.

Se questo avviene sotto il vetrino, perchè non deve succedere nelle trombe e nell'utero, dove i fluidi tendono a discendere per eliminarsi, e non a salire, e nei vasi sanguigni e linfatici, che dal collo dell'utero vanno a trovare i maggiori sbocchi nella pelvi, e nei legamenti larghi, anzichè nel corpo dell'utero?

Aperta la porta ai batteri, colle lesioni della vagina e del collo dell'utero, la via seguita dagli stessi è segnata dai vasi, attraverso il connettivo pelvico, ed i legamenti larghi.

Le numerose lacune linfatiche della mucosa cervico-uterina, le quali attraverso le pareti muscolari si aprono gli sbocchi, alcune nel ganglio retropubico, ed otturatore, le altre in una serie di gangli retro-uterini ed inguinali, superficiali e profondi (Cheron) (1), spiegano a sufficienza

---

(1) Cheron, loco citato.

la trasmigrazione nei tessuti profondi della pelvi e per le anastomosi, coi linfatici superficiali, e con quelli dei legamenti larghi, le propagazioni in questi siti e nelle trombe.

Lo Championnière, sostenitore della teoria linfatica, si appoggiava sul fatto, che, spesso in malattie delle trombe, la porzione vicina allo sbocco uterino trovavasi poco o niente alterata; ed il mio maestro prof. Mangiagalli, con cui mi doleva di dover conchiudere per la teoria linfatica, contro quanto avevano sostenuto valenti osservatori, mi rispondeva, *che noi nelle nostre ricerche non possiamo avere altro obiettivo che il vero. Intanto è certo che molte volte la porzione della tuba prossima all'utero è poco alterata.*

Questa sola ragione non sarebbe però bastata a distruggere la propagazione per mucosa, stantechè i batteri possono passare per un dato sentiero, senza lasciarvi tracce.

Difatti io ho ottenuto delle colture pure dagli organi di taluni dei miei animali in esperimento, senza che i preparati microscopici di essi mostrassero alterazioni istologiche evidenti o gravi.

Era sul campo sperimentale, che si poteva chiarire la quistione, ed obbiettare le osservazioni di Mordret e di altri autorevoli, che prendono, per punto di partenza delle infiammazioni delle trombe, l'orifizio uterino delle stesse.

Per me le affezioni dell'utero, che si constatano, durante un'affezione tubarica, non sono che fenomeni concomitanti e conseguenti alla salpingite. Quante volte del resto in presenza di salpingite manca l'endometrite? E le tubercolosi delle salpingi non danno la tubercolosi dell'utero in via secondaria, per l'inficiamento, dipendente dallo scolo dei liquidi tubarici?

Anche le inoculazioni vaginali ed uterine, che rimasero ora inerti, ora circoscritte, mi lasciarono spesso vedere delle forti iniezioni vasali nei legamenti larghi e nella pelvi, e delle glandule pelviche flogosate.

Ciò non concorrerebbe a far credere, che questa sia la via, che più facilmente prescelgano i germi?

Un ultimo fatto ho da ricordare, che può anche avere del valore.

Sempre che inficiai la vagina od il connettivo pelvico, vidi infiammarsi la vescica ed iniettarsi considerevolmente i vasi vescicali e perivescicali. Non potrebbe succedere il contrario, che inficiandosi l'uretra

e la vescica, il germe infettante, per le anastomosi vasali, invece di restare in vescica o migrare negli altri organi urinari, passi nel connettivo perivescicale, nella pelvi, nei legamenti larghi, e di là in siti più o meno lontani.

Dopo tutto questo l'utero non sarebbe più un ponte necessario per il passaggio delle infezioni nelle trombe (1).

Riassumendo io credo d'avere dimostrato fin qui, che:

1.° I flemmoni e le suppurazioni pelviche hanno la loro origine nelle lesioni della vagina, della vescica e del collo dell'utero.

2.° L'agente infettante, cagione del processo flogistico, viene trasportato nei tessuti pelvici e negli organi genitali interni dalla circolazione sanguigna e linfatica, che attraversa i legamenti larghi e che mette capo da una parte agli organi ovaro-tubarici e dall'altra alla pelvi e all'utero.

3.° L'adeno-flemmone e l'ascesso del legamento largo esiste, sebbene sia poco frequente, l'adenite semplice però è il fatto più ordinario.

4.° La propagazione della infiammazione per continuità di tessuti o per mucosa, come si dice, se non si può escludere, deve collocarsi in seconda linea alla propagazione per i vasi sanguigni e linfatici, e quando avviene, il più delle volte, ha seguito la via discendente, anzichè quella ascendente, cioè si è propagata dalle trombe all'utero, essendo pervenuta nelle trombe, attraverso i vasi dei legamenti larghi.

5.° Le alterazioni delle trombe sono sino ad un certo punto suscettibili di guarigione e di miglioramento e poche volte offrono la indicazione demolitrice (2).

---

(1) Questo complesso di ragioni mi ha consigliato di non scompagnare lo studio delle ovaro-salpingiti da quello dei flemmoni pelvici.

(2) Il mio ottimismo sarà certamente ritenuto esagerato da molti, però è anche vero che se si dovessero mutilare tutte le donne con affezioni salpingitiche, poche ne resterebbero illese.

In Italia uno studio veramente accurato sulle alterazioni delle salpingi è stato fatto dal dottor G. Ferruta, il quale nelle conclusioni esorta a porre un argine all'intervento troppo esteso, per la percentuale di esiti incerti, ed accordare la preferenza all'isterectomia vaginale colla castrazione sulla operazione di Tait. (*Collezione italiana di letture sulla medicina*, Serie VI, N. 9, 10 e 11, Casa Vallardi).

* * *

Le esperienze, di cui dirò dettagliatamente il modo come furono condotte, danno per l'appunto la prova materiale delle conclusioni suddette.

Io ho praticato le mie esperienze sulle cagne, sui conigli e sulle cavie.

Ho provato sopra 40 animali circa ed ho ottenuto 13 esemplari patologici molto dimostrativi, sui quali ho studiato le diverse alterazioni istologiche, che offrivano.

Il materiale settico, di cui mi sono servito, come ho detto, si componeva di pus d'ascessi, di pus blenorragico e di colture pure (streptococcus piogenus, aureus, albus, citreus, bacillus piocianus) avute dal gabinetto di Anatomia patologica, e da colture miste.

Ho preferito quei germi, che si trovano ordinariamente negli organi genitali ammalati, e che generano pus nei tessuti, perchè più adatti allo scopo del mio lavoro.

Ho trasportato la causa inficiente nella vagina a tessuti integri, nella stessa a tessuti lesi, nel corpo dell'utero, nei corni uterini, nei vasi utero-ovarici, nelle trombe, nelle ovaie, nei legamenti larghi, nel connettivo pelvico, negli spazi del Douglas e vescico-uterino.

(*Continua*).

METRORRAGIE
DA PLACENTA PREVIA

PEL

Dott. GIUSEPPE RAINERI

Libero Docente di Ostetricia nella Regia Università di Torino,
Chirurgo-Ostetrico della Maternità di Vercelli.

TESI DI LIBERA DOCENZA

(Continuazione e fine, vedi pagina 292).

Processi diversi.

In questa rubrica vogliamo alludere a diversi processi, di cui alcuni non in uso, come l'*espressione* del feto di Kristeller basata su due sole osservazioni dell'autore, che si avvicina al concetto di Legroux, il quale, fidando sul valore del peso del feto, faceva, durante il parto, tener la donna in posizione verticale per accelerare il travaglio ed arrestare la perdita; altri non mai praticati ma semplicemente proposti, come l'amputazione utero-ovarica extra-vaginale di Porro, altri abbandonati come l'impiego della segale cornuta nelle emorragie della gravidanza e del travaglio, consigliato prima da Dubois, usato da Depaul e che aveva resistito fino agli ultimi tempi, sebbene lo stesso Depaul ne temesse gli effetti.

La famosa legge di Paiot: « Tant que l'utérus contient quelque « chose, enfant, délivre, membranes, caillots ne jamais donner de seigle « ergoté » è diventata un articolo di fede per la maggior parte degli ostetrici: diffatti non c'è clinica oggidì dove si somministri questo rimedio prima che il secondamento si sia effettuato (1).

(1) Acconci. « Sulla contraz. e sulla inerzia dell'utero. » 1891. pag. 147.

Dell'impiego del forcipe speculum di Eslhäman non abbiamo notizie.

Accenniamo al metodo di Seyfert delle iniezioni fredde e di Vundelband, delle iniezioni caldissime quali adiuvanti nella cura, sebbene Vundelband (1), racconti di avere col suo mezzo, unicamente in due casi di placenta previa arrestata l'emorragia, provocata la contrazione uterina e l'espulsione del feto con buon esito.

Ricordiamo il metodo di Wigand della versione cefalica per manovre esterne, richiamata in onore dopo il 1877 da Pinard e da Budin (2), ritenuta come stadio dell'intero trattamento.

Metodo di Braxton-Hicks e della Scuola di Berlino.

Nel 1860 Braxton-Hicks preconizzò, nella cura della placenta previa, la versione per manovre combinate esterne-interne e la pratica rimase sotto il suo nome, quantunque Müller (3) ricordi che già Hamilton nel 1822 e Lee nel 1848 l'avessero colla stessa indicazione praticata.

L'intervento alla Braxton-Hicks, che Barnes espose anche col nome di *versione bipolare,* e di cui in Auvard troviamo una dettagliata descrizione colle parole stesse dell'autore (4), seguito da Kuhn, da Fasbender, da Martin, nel 1877, secondo i precetti di Schröder, insieme al processo della rottura delle membrane, veniva a costituire il trattamento conosciuto coll"appellativo di *Metodo di Schröder* o della *Scuola di Berlino.*

Lomer (5), così lo descrive: « Fate la versione bimanuale il più « presto che è possibile; tirate in basso una delle gambe del feto per « tamponare col suo intermediario e colle natiche i vasi rotti della « placenta. Non estraete il feto in questo momento, lasciate agire la « natura o aiutatela semplicemente con trazioni delicate e rare: servi- « tevi del tampone il meno possibile; è un mezzo pericoloso perchè « favorisce la setticemia e nell'applicarlo si perde tempo. Per praticare

---

(1) VUNDELBAND. *American Journal of The Medical sciences,* aprile 1875.

(2) AUVARD, pag. 108 e seguenti.

(3) MÜLLER. « Plac. praev. » cit., pag. 57-68.

(4) AUVARD, vedi pag. 115 e seguenti.

(5) LOMER. « Della versione combinata nel trattam. della plac. previa. » *Annali di Ostet.,* 1885, N. 1 e 2.

« la versione non aspettate che il collo e l'orificio esterno dell'utero « siano sufficientemente dilatati per l'introduzione della mano; fate su- « bito la versione appena che l'apertura uterina vi permetta il passaggio « di due dita o anche di un dito solo.

« Perciò non è necessario penetrare con forza a traverso l'orificio « uterino: introducete tutta la mano in vagina; passate uno o due dita « nell'orifizio dell'utero, rompete le membrane e fate la versione secondo « il metodo bimanuale di Braxton-Hicks; usate largamente il cloroformio « per facilitare i maneggi; se la placenta è sul vostro cammino, cercate « di rompere le membrane al suo bordo, del resto perforatela; afferrate « una gamba e trascinatela prontamente in basso.

« Fin qui il trattamento è stato energicamente attivo. Lo scolo cessa, « la terapia dev'essere aspettante. Una rapida estrazione cagionerebbe « una lacerazione del collo e un'emorragia fatale del secondamento. « Siate pazienti, lasciate alla donna il tempo di radunare le sue forze; « attendete che le contrazioni ritornino ed allora aiutate la natura eser- « citando dolci trazioni. Se il feto è in pericolo non vi preoccupate; « lasciatelo morire all'occorrenza, ma non compromettete con una rapida « estrazione la vita della madre. »

Lomer (1) riunendo le sue osservazioni a quelle di Hofmeier nel 1882, e di Bhem pubblicate nel 1884 di 178 casi, trattati colla versione combinata, trovò una mortalità per le madri del 4 p. 0[0 circa e pei feti del 60 p. 0[0.

* * *

Ma con Syppel, e coi vantaggi del tamponamento antisettico, si andava tracciando un'altra via.

Syppel (2) facendo plauso al principio cui s'inspirava il metodo di Berlino, tendente sopratutto alla salvezza della madre, ammette che nella grande maggioranza dei casi il tamponamento fino a dilatabilità completa dell'orifizio possa darci maggiori garanzie per la salute del fetó, senza

---

(1) Lomer. Luogo cit.

(2) Syppel. « Zür behandlung der placenta praevia. » *Centralblat für Gyn.*, N. 48, 1884.

per altro far correre alla madre pericoli più gravi di quelli inerenti al trattamento bipolare.

Riferisce due osservazioni di placenta centralmente previa nelle quali, benchè si trattasse di pazienti indebolite da precedenti emorragie, potè salvare mediante tamponamento (fatto col colpeurynter) la madre e il bambino, il quale venne estratto a dilatazione sufficiente col rivolgimento classico.

Auvard (1) riferendo i casi clinici della Maternità di Parigi dal 1882 al 1884, trattati col tampone, porta innanzi una statistica del 6. 8 p. 0[0 di mortalità materna e del 48 p. 0[0 di mortalità fetale, in confronto dei risultati del metodo di Berlino testè accennati, 4 p. 0[0 circa di mortalità materna e 60 p. 0[0 di mortalità fetale.

Lo zaffo, conchiude, fatto con tutte le precauzioni antisettiche non è più pericoloso alla donna del metodo di Braxton-Hicks; è di facile applicazione tanto nella gravidanza che nel travaglio, nel quale ultimo tempo la versione combinata trova solo la sua giusta applicazione.

Truzzi (2) dopo aver ricordato i citati autori e gli studi sperimentali di Kock, di Heidelberg sulla possibilità di ottenere un tamponamento vaginale completamente asettico, reca il contributo di *sette* casi di placenta previa diversamente trattati, ma in cinque dei quali il tamponamento figura in gravidanza e nel primo stadio del parto, come l'unico provvedimento od uno fra i più efficaci ai quali si ricorse per frenare l'emorragia.

Raccogliendo le sue convinzioni sull'argomento viene a queste conclusioni:

1.° Tamponamento o versione combinata (seguita da aspettazione) sono eccellenti risorse nella terapia della placenta previa; e l'uno e l'altra possono a norma dei casi rendere segnalati servizi.

2.° È ingiusta l'accusa che la pratica del tamponamento sia fomite di sepsi: il tamponamento non diventa pericoloso se non allora che il canal vaginale sia stato in antecedenza infetto o siasi usato per zaffar la vagina materiale non asettico.

---

(1) Auvard. « Traitement du placenta praevia. » *Semaine médic.*, 1885, N. 14.

(2) Truzzi. « Tamponamento o versione combinata nei casi di placenta previa? » Milano, 1885.

3.° La scelta fra il tamponamento e versione bipolare non dev'essere quistione di scuola o di partiti; sapendosi che ogni caso clinico ha una speciale fisionomia, sarà da uno spassionato esame delle condizioni del medesimo, che dovrà il pratico attingere i criteri per decidersi all'una o all'altra modalità d'intervento.

Auvard nell'altro lavoro più volte menzionato del 1886, riportate le cifre di Lomer, del metodo di Berlino fa i seguenti apprezzamenti:

Vantaggi: 1.° Non esige alcun istrumento speciale; lo pratica anche il medico preso alla sprovvista; occorre però avere del cloroformio, perchè l'anestesia se non è indispensabile, è per lo meno necessaria.

2.° Non è doloroso per la donna, o piuttosto, praticata la versione non vi sono fenomeni dolorosi attribuibili al metodo, come può dare lo zaffo.

3.° Arresta l'emorragia ed evita le lacerazioni del collo.

Inconvenienti: Accennato al principale che consiste nella difficoltà dell'esecuzione, è inutile ricercarne altri.

Sul risultato statistico di ciascuno dei principali metodi, rigettando completamente quelli di Guillemeau, di Dubois, di Deventer, di Simpson, e accettando quelli di Leroux, di Putzos, di Braxton-Hicks, di Barnes, formola il seguente trattamento:

Trattamento di Auvard (1886).

Durante la gravidanza. — Due casi si possono dare: l'emorragia è poco o nulla, oppure è grave. Qual linea tracciare qui tra le due varietà? Il miglior criterio della gravità sta nello stato generale della donna: un'*emorragia è grave* quando compromette la salute della gravida; è *leggiera, benigna* nel caso contrario.

a) Quando l'emorragia è leggiera il trattamento è puramente aspettante; consigliato il riposo, soventi si vede spontaneamente produrre l'emostasi.

b) L'emorragia è grave; a quale dei quattro metodi ricorrere? La versione bipolare non è praticabile, perchè il collo non è scomparso, nè aperto; la donna non è ancora in travaglio, la rottura delle membrane non è indicata se mancano contrazioni uterine e se non si ha un certo

grado di dilatazione; non restano che il metodo di Leroux e di Barnes; all'infuori di simpatie personali non vi ha ragione di praticare l'uno piuttosto che l'altro. Col metodo di Barnes si provoca certamente il parto, col tamponamento la gravidanza può continuare. La questione della opportunità o meno del parto prematuro provocato non è ancora risoluta; tuttavia in due casi lo zaffo sarebbe preferibile, quando le condizioni di apertura del canal cervicale non permettono l'introduzione dei sacchetti; quando la emorragia eccezionalmente si manifesti prima del settimo mese, in cui trattandosi di aborto, si può sperare nella continuazione della gestazione.

Una prima emorragia ha avuto luogo; la gravidanza continua; vi ha una cura preventiva o vi sono precauzioni a prendere contro una nuova emorragia imminente?

È impossibile impedire lo scolo, e perchè non assuma proporzioni pericolose è di tutta necessità, che presso la donna si trovi persona capace di fare a dovere e presto il tamponamento.

In questo momento le iniezioni fredde o calde non gli hanno ancora acquistata sufficiente fiducia.

Durante il travaglio. — Ad emorragia *leggiera* nessun trattamento speciale; ad emorragia grave distingue:

1. *Periodo di dilatazione:*

1.° *Le membrane non sono accessibili,* la placenta è previa, centrale o parziale (secondo la nostra classificazione si tratterebbe qui di placenta previa centrale, atteso che Auvard della centrale fa la distinzione in *centralmente* previa e *parzialmente* previa). Lasciato in disparte il metodo di Cohen, rottura delle membrane dopo di aver scollata la placenta, di cui non ha pratica e prove sufficienti e il metodo di Braxton-Hicks per la difficoltà di esecuzione che può presentare e per la necessità di scollare la placenta su grande estensione o di perforarla, lo zaffo e i sacchetti di Barnes permettono di condurre la dilatazione senza accidenti fino al punto, in cui sia sufficiente per l'estrazione del feto, o fino a che lasci scoperta una parte di membrane e allora:

2.° *Le membrane sono accessibili,* la placenta è marginale o laterale, i metodi di Leroux, Barnes, Putzos (preceduti all'uopo dalla pratica di Wigand) o di Braxton-Hicks sono egualmente e facilmente applicabili.

Quale scelta convien fare?

a) *Presentazione podalica.* — Il semplice abbassamento di uno degli arti pelvici dopo la rottura delle membrane è l'intervento che pare il più semplice.

b) *Presentazione di vertice.* — Rottura delle membrane se la dilatazione è sufficiente o ottenerla coi sacchetti di Barnes.

c) *Presentazione di spalla.* — Metodo di Wigand o di Braxton-Hicks; a quale dare la preferenza? Per il feto sarebbe preferibile quello di Wigand, per la madre al contrario quello di Braxton-Hicks; se il feto è morto non vi ha esitazione certo nell'usare quest'ultimo; se il feto è vivo, con un orifizio poco dilatato il metodo di Braxton-Hicks è superiore, l'emostasi è più sicura; con un orifizio sufficientemente aperto è preferibile quello di Wigand seguito da quello di Putzos.

2. *Periodo di espulsione.* — Supponiamo che l'emorragia continui senza di che si abbandonerebbe il parto alla natura, il collo è completamente dilatato o dilatabile:

presentazione podalica — estrazione manuale
» di spalla — versione per manovre interne
» cefalica — versione o forcipe.

Il forcipe sarebbe specialmente favorevole al feto, la versione alla madre; con un feto morto o compromesso nella sua esistenza sarà meglio ricorrere alla versione; a feto vivo, regolarsi secondo i casi.

3. *Periodo di secondamento.* — Regolarsi come nei casi ordinarii ricordando di procedere presto all'estrazione artificiale della placenta, ove l'emorragia duri, nello scopo di risparmiare alla donna già indebolita una perdita, che per quanto piccola, le può tornare fatale.

* * *

Nel 1887 Negri (1) espone sei osservazioni trattate con la versione combinata colla seguente statistica, cioè il 0 0|0 di mortalità materna ed il

(1) Negri. « La versione combinata nella cura della placenta previa. » *Rivista Veneta di scienze mediche*, nov. 1887.

33 0[0 di mortalità fetale, 2 soli feti essendo venuti a soccombere, concludendone:

1.° Che la versione combinata arresta l'emorragia, scopo principale cui si mira.

2.° Che la versione è facile a praticarsi, sopra tutto se la donna è in profonda cloronarcosi.

3.° Che associata alla antisepsi rigorosa, diminuisce considerevolmente la gravità del pronostico.

4.° Che non è pericolosa pel feto come alcuni autori sembrano volerlo, specialmente quando si ha la pazienza di attendere e non vi ha alcuna indicazione pressante da parte della madre.

Dalla statistica di Wyder (1) di 189 casi dovuti a Schröder e 88 a Gusserow, in cui venne impiegato il metodo di Braxton-Hicks, si ha una mortalità materna del 7.2 0[0 e 65 0[0 fetale.

Dal 1883 alla fine del 1887 Obermann (2) ha osservato 60 casi di placenta previa; 49 di essi furono trattati colla versione combinata. Una donna morì indipendentemente dall'intervento; sui 48 casi ebbe il seguente risultato, cioè il 21 0[0 di mortalità per la madre ed il 42 0[0 per i feti. Alla condotta affatto passiva di Bhem egli preferiva l'estrazione lenta di Hofmeier. Espulse le natiche, dato che il cordone fosse accessibile alle dita, cercava di accelerare la liberazione delle braccia e della testa nel tempo stesso in cui faceva praticare il massaggio dell'utero. Di 15 casi non perdette neppure una donna; 10 bambini morirono, ebbe quindi una mortalità fetale del 66 0[0, mentre fu di 0 0[0 per la madre.

Ecco le conclusioni di Obermann:

1.° Nei casi di emorragia dovuta all'inserzione viziosa della placenta bisogna intervenire il più presto possibile.

2.° Il metodo operativo migliore è la versione combinata seguita dall'estrazione lenta.

---

(1) WYDER. « Ueber die behandl. der plac. praev. » in *Arch. f. Geb.*, 1887, Bd. XXIX, riport. in DYLION, pag. 88.

(2) OBERMANN. In DYLION, pag. 85.

3.° L' operatore deve *estrarre realmente,* cioè per lenti trajmenti fissare costantemente il podice sull'orifizio uterino.

4.° Il massaggio metodico dell'utero, durante tutta la durata dell'estrazione, è un eccellente adiuvante e rende l' estrazione più rapida.

5.° Nel caso di emorragia del collo dovuta a una lacerazione, bisogna suturarla con istrumenti adatti.

6.° *Il tamponamento colla garza al jodoformio è soltanto applicabile durante la gravidanza. Nei casi di dilatazione insufficiente il colpeurynter è preferibile.*

7.° Alcool in ogni caso largamente amministrato.

In Obermann non si ha più confronto fra tamponamento e versione combinata; cominciano a designarsi le indicazioni per l'uno e per l'altra.

La lenta estrazione, nell'interesse del feto, potrebbe farsi relativamente più rapida coll'aiuto del massaggio.

Nordmann (1) riportando 45 casi della Clinica di Dresda dal 1.° settembre 1883 al 14 novembre 1887, li divide in tre gruppi: nel primo pone quelli in cui si fece tamponamento con o senza puntura delle membrane e si lasciò il parto alle forze naturali; nel secondo quelli in cui fu fatta la versione e l'immediata estrazione — *la versione fu sempre classica e preceduta da tamponamento, acciocchè, finchè la madre non era in pericolo, si ottenesse una sufficiente dilatazione pel rivolgimento e si potesse compiere l'immediata estrazione* — nel terzo quelli in cui si fece la versione combinata susseguita da lenta estrazione. Con questa statistica pel primo gruppo *zero* mortalità per la madre e 58. 3 0[0 pei feti complessivamente contando anche quelli morti prima dell' inizio del travaglio; 16. 6 0[0 senza questi; pel secondo compresi anche quelli morti prima 17. 3 0[0 per la madre e 30. 43 0[0 pei feti; pel terzo di 6 casi 15. 66 0[0 per la madre e 100 0[0 pei feti.

Dai rigorosi precetti del metodo di Berlino con Nordmann ci siamo portati ben più lontani; siamo caduti sulla via segnata da Syppel la cui pratica col metodo di Berlino fornirà un completo trattamento di cura.

---

(1) Dylion, pag. 86, cit.

Trattamento di Berlino modificato dalla Scuola di Pavia.

« La semplice puntura delle membrane conviene soltanto in casi eccezionali, a travaglio incominciato, quando la placenta previa è marginale o laterale e v' ha presentazione della sommità della testa; mentre come metodo generale deve rimanere l' estrazione del feto per mezzo del rivolgimento, la quale il più spesso non dovrà essere forzosa perchè preparata dal tamponamento. »

CESARE ZANOBINI, 1865. « Della placenta previa e delle emorragie uterine. » (Tesi di concorso), Pisa.

La scuola di Pavia nell'intendimento di togliere al metodo di Berlino le difficoltà, cui anche Auvard in parte aveva accennato e quindi di migliorarlo, vi aggiunse una modificazione, alla quale lo stesso professore Cuzzi alludeva nella memoria « I primi settantanove giorni della Guardia Ostet. di Milano nel 1887 » e il prof. Pestalozza nel suo articolo « Placenta » nell' *Enciclop. Vallardi;* ma che venne di proposito resa pubblica dal Guzzoni nel lavoro più volte citato nel *Morgagni,* 1888, ponendola sotto l' egida del suo maestro e intitolandola dal *nome della scuola,* non senza avere con opportunità ricordato che da quattro anni, dall' epoca della pubblicazione, il prof. Alessandro Cuzzi la insegnava pubblicamente dalla cattedra.

Egli prima di esporla accennò a tutto l' argomento, soffermandosi di preferenza ad un esame storico-critico dei metodi di cura, con considerazioni, che al riguardo abbiamo qua e colà riprodotte.

Si fa tre casi clinici diversi:

a) emorragia in gravidanza;

b) emorragia in travaglio;

c) emorragia del secondamento.

A) *Emorragia negli ultimi mesi della gravidanza.* — In generale si tratta di placenta previa centrale. Abolito il parto forzato, inopportuna la rottura delle membrane per la presenza sull' orifizio interno della placenta, propone il tamponamento vaginale mediante il quale la gravidanza può continuare.

B) *Emorragia in travaglio.* — La placenta è *centrale* o *marginale;*

in caso di *inserzione marginale,* il feto può essere posto in situazione longitudinale oppure in una situazione trasversale.

Data una placenta previa *marginale* con feto in situazione longitudinale, per poco che le contrazioni uterine sieno forti si potrà far cessare l'emorragia, e prevenire ulteriore perdita, colla rottura delle membrane; così operando, scolato in parte o in totalità il liquido amniotico, la presentazione si abbassa, comprime sul segmento inferiore e fa da tampone.

Data una placenta previa *marginale* con feto in *situazione trasversale,* la puntura delle membrane non è più indicata; ove non riesca la versione per manovre esterne, dobbiamo regolarci come nei casi di placenta previa centrale. *Nei casi di placenta previa centrale,* qualunque sia la presentazione, tamponamento fino a 4 o 5 centim.; versione podalica combinata o versione per manovre interne, allora quando la dilatazione sia giunta al grado or ora accennato; quindi lenta estrazione del feto.

* * *

La modificazione introdotta sta quindi nel tamponamento fino a una *sufficiente dilatazione,* che Guzzoni propone, bandito ogni speciale apparecchio, con cotone antisettico, dandone le norme opportune per l'applicazione circa il modo e il tempo, sulle quali circostanze si diffonde a lungo nel suo lavoro (1).

---

(1) Le norme essenziali tracciate da Guzzoni nel lavoro più volte citato a pag. 781 nel volume del *Morgagni,* 1888, sono: « La donna venga messa di traverso sul letto, oppure lasciata in posizione ostetrica classica purchè le natiche sieno elevate: si vuoti la vescica, si dia un clistere per togliere almeno dalla parte bassa dell'intestino le materie fecali; si faccia una larga lavatura vaginale, disinfettante con soluzione fenicata al 2 per cento o con soluzione al 0,50 per mille di sublimato corrosivo; si applichi quindi lo speculum di Sims o quello di Cusco, o, in mancanza di questo, uno di Fergusson, e con una pinza si portino in sito i tamponi.

« Questi tamponi, a mio modo di vedere, devono essere fatti con cotone iodoformizzato, o al solfofenato di zinco, o, perchè più facili a trovarsi in ogni farmacia, con cotone fenicato: ogni tampone sia della grossezza di una grossa noce e porti a cavalcioni un doppio filo bene stretto, lungo 30-35 centimetri. Il numero dei tamponi da portarsi in posto è diverso: bisogna prepararne una certa quantità; ma non bisogna dimenticare le esagerazioni in cui sono incorsi coloro, che ne consigliavano qualche centinaio, o quanti ne possono stare in un cappello a cilindro. Naturalmente se ne introduranno di più in una pluripara che in una primipara, ma crediamo che ben difficilmente si arriverà al centinaio. Troviamo inutile il portare uno o due tamponi fra le labbra dell'orifizio uterino qualora questo sia in via di dilata-

Vale la spesa di conoscere le valide ragioni che la giustificano e ne mostrano l' utilità.

Allontanati i pericoli di setticemia messi innanzi dalla Scuola di Berlino con un tamponamento perfettamente innocuo, su che ora non abbiamo più bisogno di insistere, collo zaffo fino a 4-5 cent. si ottiene una dilatazione tale, per cui riesce più facile la *versione combinata*, nella quale, non ostante le contrarie opinioni di Martin, Kaltenbach, Lomer, Veit..., come occorse a pratici esperti, talora si fallisce, con lunga serie di possibili inconvenienti che aggravano la situazione, quando si operi coll'orifizio aperto di soli 1, 2 cent. e sotto la stessa cloronarcosi; o non riuscendo, resta aperta la via al rivolgimento interno. Si evita la cloroformizzazione, non sempre indicata, atteso lo stato grave in cui può essere la donna; di difficile applicazione per l'urgenza dei casi e per l'uso nella clientela privata, ove l' ostetrico può trovarsi da solo o con aiuti insufficienti.

La modificazione di Pavia può migliorare la statistica di mortalità

---

zione: troviamo inutile lo spalmare con cera o con sostanze oleose i batuffoli di cotone; non è necessario l' imbevere i primi tamponi in una soluzione di percloruro di ferro: comincieremo a portare i primi nei fornici vaginali tutto all' ingiro, poi davanti all'orificio, e così gradatamente riempiremo la parte alta, poi la parte media della vagina ritirando a poco a poco lo speculum, mentre che nello stesso tempo la pinza che porta in sito i tamponi, spingerà all' indentro i tamponi già in posto.

« E qui corre obbligo accennare a ciò che diceva Bailly, uno dei più fanatici nell' applicazione del tamponamento, che cioè molti pratici mettono in posto otto o dieci tamponi soltanto, credendo che l'emorragia si arresti, mentre tale numero è insufficiente, e com'è naturale, l'emorragia continua.

« Tutti i tamponi devono essere affidati ai propri fili, e tutti questi fili penderanno dai genitali esterni: aggiungiamo poi che non bisogna forzare soverchiamente la vagina, perchè vi entrino troppi tamponi, giacchè in tal modo si vengono a produrre dolori e disturbi alla paziente.

« I Barnes consigliano di togliere i tamponi dopo un'ora; Meola in Italia dice che lo si rinnova dopo ventidue a ventiquatto ore; Charpentier, prima di lui aveva detto altrettanto; Depaul lo lascia in posto 10-15 ore; Charles dà per precetto dalle venti alle ventiquatt'ore, e qualche volta dalle dieci alle quindici ore solamente; or bene, tanto gli uni quanto gli altri esagerano, secondo me: il tamponamento deve essere lasciato in posto dalle sei alle otto ore, al massimo poi dieci ore. Lasciandolo meno non si ottengono risultati apprezzabili in generale, lasciandolo di più si corre il rischio di una sepsi.

« Quindi, dopo sei od otto ore, tirando su tutti fili per estrarre i tamponi in blocco, o meglio avendo avuto la precauzione di riunire in tre o quattro gruppi i diversi fili, facendo su di essi un numero diverso e graduale di nodi, s' incomincia a tirare adagio adagio sugli ultimi introdotti, poi i penultimi, e via dicendo. Appena sono tolti tutti si fa un'abbondante lavatura e si esplora la donna; se abbiamo ottenuto ciò che desideravamo tanto meglio; se no, ripetiamo colle stesse norme il tamponamento. »

pei feti, così rilevante nel metodo di Berlino e in rapporto colla lenta estrazione.

Aspettando una dilatazione di 4 cent. almeno, riusciamo naturalmente a dilatazione maggiore, che viene aumentata dal passaggio della mano; l'uscita del tronco e della testa attraverso l'orificio uterino diventerà quindi non solo più facile, ma benanco più celere e meno pericolosa; più facile, perchè la mano ha creato un passaggio; più celere, perchè il feto attraverserà più presto una dilatazione che è superiore a 4 cent. e che sotto poche trazioni aumenterà di qualche altro centimetro; giacchè si sa che si ottengono con maggior difficoltà i primi centimetri e con minore gli ultimi; *meno pericolosa* infine, giacchè l'orifizio uterino offre minori resistenze a misura che la dilatazione progredisce.

Questo metodo pertanto, mentre non aggrava le condizioni della madre, viene a salvare necessariamente un numero maggiore di vite fetali; se accettando il metodo di Berlino l'estrazione o l'espulsione del feto esigeva una o due ore di tempo, ragionevolmente con quello di Pavia il tempo da impiegarsi dovrebbe essere minore; ridotto pressochè alla metà; epperciò si dovrebbe avere una diminuzione grandissima nei pericoli che accompagnano la lenta estrazione e quindi una minore mortalità fetale (1).

Volendo meglio proteggere l'esistenza del feto col modo dell'estrazione più rapido che abitualmente, a feto vivo puossi attuare se vi ha una dilatazione p. e. di 6 o più cent., perchè allora le lacerazioni saranno nulle o insignificanti o di nessuna conseguenza, se suturate bene e subito. Contro le *emorragie del secondamento* consiglia l'intervento attivo e pronto, che riesce più facile dell'ordinario per la ubicazione della placenta, per le stesse considerazioni che già aveva avvanzato Auvard.

* * *

Il dott. Guido Turazza, più tardi, basandosi sulla sua esperienza e pur riconoscendo i precetti di Pavia, quali i migliori dettami apparsi (2),

---

(1) Guzzoni. Loco citato, pag. 790.

(2) Turazza. *Enciclopedia Vallardi*, art. « Tamponamento » cit., pag. 33.

ritenne più opportuno e pratico modificare le indicazioni messe innanzi dal Guzzoni, senza mutarle però nella sostanza, per cui vi accenniamo semplicemente.

Trattamento di Pinard.

Pinard (1), spiegò con vedute speciali le emorragie della gravidanza e del travaglio; secondo quella spiegazione la sua condotta resa pubblica nell'*Echo Médical* del 1888, luglio e agosto, e nella *Union Médical*, luglio 1890, è così riassunta nella tesi di Dylion.

L'emorragia si produce *in gravidanza,* durante il *travaglio* o nel *periodo di secondamento.*

Durante la gravidanza. — È necessario innanzi tutto fare il diagnostico della presentazione; se questa è longitudinale si ha già una condizione vantaggiosa, se è trasversale bisogna correggerla colle manovre esterne alla Wigand. Se la placenta è laterale ed è possibile condurre la testa, sarà preferibile la versione cefalica.

Bisogna poi considerare *due* casi:

Emorragia *leggiera:* irrigazioni di acqua calda, riposo e sorveglianza della donna.

Emorragia *grave* ed è grave per la quantità, la persistenza, la ripetizione; il collo non è scomparso, soltanto è permeabile, *rottura larga delle membrane.*

Per l'ampia breccia praticata (e Pinard insiste sulla differenza della sua pratica dalla semplice puntura), il feto non eserciterà più trazioni sulle membrane, e l'emorragia cesserà.

Conviene però tuttavia sorvegliare la donna perchè una nuova perdita di sangue può prodursi al momento del travaglio, così provocato per distacco della placenta.

Durante il travaglio. — Bisogna aver riguardo allo stato generale della donna e alla presentazione, correggendola se trasversale, abbassando il podice se è necessario, ma preferibilmente la testa perchè il feto corra minori pericoli.

---

(1) Pinard. « De la rupture prématurée, etc. » *Annales de Gyn.*, pag. 171 e 321, 1886.

Se si presenta il podice abbassare uno o due piedi secondo lo stato del collo; se la placenta è centrale non perforarla; andare alla ricerca delle membrane scollandola; se si presenta la testa può essere necessario d'intervenire con una applicazione di forcipe, ciò che è possibile a dilatazione sufficiente; del resto attendere il più che è possibile l'espulsione spontanea, sovratutto a feto morto.

Contro l'emorragia del secondamento dà il solito precetto del pronto intervento.

Su 59 casi (1) si avrebbe avuto:

mortalità per le madri	3 —	1.69 0[0	
» » i feti	23 —	39.28	»

Il trattamento non è stato alla lettera però come l'abbiamo esposto: in taluni casi contro le emorragie della gravidanza e dell'inizio del travaglio occorse lo zaffo.

Sull'impiego di esso anzi, a mezzo del pallone di Champetier de Ribes, Jouve, come di un *nuovo trattamento delle emorragie per inserzione viziosa della placenta*, a compimento della cura instaurata da Pinard, scrisse appunto recentemente la sua tesi.

Viene fra le altre a queste conclusioni:

« La larga rottura delle membrane mette fine agli stiramenti peri-
« colosi e in molti casi basta ad allontanare ogni pericolo.

« Quando la testa o il podice trascinano nel loro progredire la
« placenta scollata, il pallone di Champetier de Ribes, respingendo l'or-
« gano si oppone a nuove rotture; la sua larga pressione su tutta l'esten-
« sione del segmento inferiore e sui seni lacerati esplica l'arresto pres-
« sochè immediato della emorragia. »

La rottura dell'uovo ha reso il parto inevitabile, ma in un tempo difficile a prevedersi; il pallone col suo volume considerevole per le sue variazioni del volume stesso a volontà dell'ostetrico, per le trazioni che gli si imprimono e che lo mettono più in contatto del bordo dell'orifizio, sede dei riflessi, provoca contrazioni violenti ed abbrevia la

(1) Dylion, pag. 138.

durata del parto. In 7 casi questo sarebbe avvenuto tra un maximum di 19 ore e un minimum di 2 ore e 45 minuti.

* * *

Leggendo i lavori di Dylion e di Jouve appare che Pinard rifiuta il tamponamento ordinario perchè fomite di setticemia e atto a produrre emorragie interne. Non si attiene alla pratica di Braxton-Hicks, facile in uteri compiacenti, ma di preferenza alla versione esterna temendo i traumatismi sul collo.

Il suo metodo ci pare tuttavia inferiore a quello di Berlino modificato.

L'interruzione della gravidanza intanto colla rottura delle membrane riesce inevitabile: obbiettiamo che i casi di emorragia interna dati dal tampone ordinario fortunatamente si contano.

I pericoli assoluti di setticemia quando non si osservino le regole antisettiche verranno in scena, qualunque sia il mezzo che si adopera e verosimilmente anche il pallone di Champetier de Ribes: l'applicazione di questo può essere facile e innocua a qualsiansi condizioni del collo nelle mani di Pinard; ma è certo più alla portata di ogni medico l'impiego del tamponamento ordinario.

Le probabilità di spostamento della presentazione, della quale non si occupa molto, saranno più frequenti col pallone introdotto proprio in cavità, che collo zaffo comune.

Col metodo di Pavia si intraprende la versione combinata o il rivolgimento interno a dilatazione favorevole, così fatta dal tampone preventivo. L'applicazione del pallone riesce poi *necessaria*, non solo quando la sola lacerazione delle membrane non è bastata a far cessare l'emorragia, ma anche quando sono falliti i tentativi della versione per manovre esterne.

Con tutto il rispetto agli insegnamenti di Pinard sulle cause di produzione della perdita in gravidanza e in principio del travaglio, in firmate parci dalla necessità del *nuovo trattamento* (introduzione del pallone) sembra più accettabile all'appoggio dei fatti e del ragionamento la teoria di Jacquemier e di Schroeder e il trattamento che di conseguenza ne dà la scuola di Berlino modificato da quella di Pavia.

* * *

In un' altra pubblicazione del 1891 (1) il dott. Turazza ribadì le idee prima sostenute a conferma della bontà del metodo di Pavia; riferì dodici osservazioni, cui io posso aggiungerne altre quattro, che debbo alla squisita gentilezza dell' autore. Ne scarto una, la prima, la quale, avendo la donna per inesplicabile ignoranza rifiutata l'opera dell' arte, non può contare nella statistica. Ricordo poi come condizione aggravante, condizione che non permette il confronto della statistica con quelle di istituti clinici, che si tratta per la maggioranza di casi estranei alla clinica.

Di 15 donne 3 sarebbero morte; dei feti 5 al momento del parto ed altri 5 morirono poco dopo, quindi con una mortalità del 20 p. 0[0 materna e del 66 p. 0[0 fetale.

* * *

Nella memoria di Weber (2), dei 34 casi dal 1884 al 1890, in 5 casi il parto fu completamente spontaneo, si trattava di feti piccoli dal 5.°, 7.° mese, le madri furono salve. Una volta si praticò la versione bimanuale su un feto di *sei* mesi; una volta la bocca uterina era così aperta che fu possibile la versione interna e l' estrazione: vi fu un leggiero rialzo febbrile nella madre passeggero; il bambino di otto mesi visse un quarto d'ora. In 27 casi si usò il tamponamento; 12 decorsero affatto normali, in due casi si praticò l' estrazione manuale ed in un caso fu fatta l'*espressione* della testa secondo Winckel: negli altri 9 casi fu necessaria la versione interna e l'estrazione.

A) *Tamponamento e parto spontaneo* comprese tre leggiere estrazioni sul podice: di 17 madri, 4 morirono, 3 ammalarono, di 19 feti

(1) Turazza. « Osservazioni pratiche, » cit.

(2) Weber, cit., 1892.

(è compreso un parto gemellare), 7 erano morti prima, 5 nacquero vivi, uno solo rimase vivo.

B) Tamponamento seguito da versione interna e da estrazione: di 9 madri 3 morirono; di 9 bambini 1 era morto prima, 4 nacquero morti, 4 vivi, ma 3 soli rimasero in vita.

Dei 34 casi si hanno dunque 7 donne morte ossia il 20 0[0 di mortalità materna, dei 36 feti (due parti gemelli), 11 erano morti prima del parto, 14 morirono intra-partum, 11 vennero vivi, dei quali 7 con poca capacità vitale, 4 soli rimasero vivi, ossia con mortalità del 58 0[0.

* * *

Alle idee della scuola di Pavia, ma scostandosene per ciò che riflette l'interesse del feto, si ascrisse anche Zweifel (1). Nella gravidanza e al principio del parto propone lo zaffamento migliorato assai al dì d'oggi nel pericolo della infezione, con garza al jodoformio o col colpeurynter di Braun. A canale cervicale accessibile a due dita il rivolgimento combinato traendo nella vagina, quanto più profondamente è possibile, un piede del feto.

La perforazione della placenta o meno, dipende dalla sua inserzione; segue assoluta emostasia; il feto funziona da zaffo che comprime meglio di qualunque altro i vasi aperti pel distacco della placenta; appunto in ciò consiste la superiorità di questa cura sovra ogni altra; si mantiene allora permanentemente tirato il piede tratto fuori, senza esercitare una trazione più forte, che non occorra per impedire il ritorno del piede nell'utero.

È falso metter su la questione dell'aspettazione o dell'estrazione, perchè l'estrazione è impossibile in tutti i casi in cui si trova un orificio accessibile solo a due dita e le condizioni anatomiche della placenta richiedono che si evitino le lacerazioni della cervice, mentre sono aumentate la lacerabilità e la vascolarità della sezione inferiore dell'utero.

---

(1) Zweifel. « La cura delle emorragie nell'aborto, nella placenta previa e nell'atonia dell'utero post-partum. » In *Riforma Medica,* 1892, N. 138, pag. 751 e seguenti, dalla *Münch. Med. Wochenschrift,* N. 20, 1892.

Il parto deve lasciarsi sempre alle forze della natura, non preoccupandoci della vita del feto. Su 67 casi di placenta previa 7, ossia il 10. 4 0[0, sono finiti colla morte della madre; 6 donne morirono di emorragia, parecchie ore o parecchi giorni dopo il parto, 1 di sepsi; la mortalità dei feti fu di 35, eguale al 52. 2 0[0.

Trattamento di Berry-Hart.

Anche Berry-Hart al recentissimo congresso di Bruxelles riferendo sul trattamento della placenta previa, valendosi dei varii processi così riassume la sua condotta:

1.° Rompere il sacco amniotico, ciò che arresta la perdita e facilita le contrazioni.

2.° Applicare un solido bendaggio sul ventre della partoriente.

3.° Introdurre al bisogno un tampone per guadagnare tempo sorvegliando l' ammalata.

4.° Scollare la placenta aderente al segmento inferiore dell'utero: se non vi ha emorragia si può aspettare: il parto si compirà forse normalmente: nel caso contrario fare la dilatazione del collo con un sacchetto idrostatico; poi si ricorrerà al forcipe ove le forze naturali non bastano o alla versione.

5.° Evitare di indurre setticemia, scansando le contusioni dei tessuti, la ritenzione dei resti delle secondine, favorendo le contrazioni uterine, ecc.

Ora da tal riassunto sebbene non appaiano i particolari del tempo nell' impiego di questi metodi e sieno manifeste le simpatie per la pratica di Barnes e de' suoi sacchetti, l'esclusivismo di intervento di una volta appare messo completamente in disparte.

* * *

Giunti al fine della *cura* ed espresse le nostre opinioni favorevolmente al metodo di Pavia, ricordiamo tuttavia un'osservazione, già messa innanzi quasi concordemente dagli ostetrici, e che noi abbiamo salvata fin dal principio a titolo di eccezione, e cioè, pur guidandoci secondo

concetti generali e secondo un determinato indirizzo, per essere *utili* e *pratici* è d'uopo scendere però talora a patti colle esigenze dei singoli casi, che ci si presentano come possono e non come vorremmo, addottando, contro le nostre comuni convinzioni, un processo piuttosto che l'altro perchè.... non si può fare altrimenti.

Al medico che si sarà famigliarizzato con un solo metodo sia pur buono, Auvard direbbe: « Tenetevi in là e non azzardatevi a porvi « nell' ignoto. »

CENNI DI TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE POST-PARTUM.

A completare la nostra trattazione diamo alcuni cenni della cura contro le emorragie post-partum; non insisteremo però molto essendovi nulla di diverso da ciò che si pratica nei casi ordinarii.

Come osservano tutti i pratici, bisogna innanzi tutto stabilire se la perdita dipenda da eventuali lesioni del canale genitale e sopratutto della cervice, alle quali si deve ovviare, se del caso, con una pronta sutura. Per accertarci che si tratta di queste lesioni Auvard consiglia l'ispezione digitale o la compressione con batuffoli di cotone in diversi punti; durante la quale, se l'emorragia non è consecutiva ad inerzia, cesserà il sangue, scoprendoci la sede della soluzione di continuo.

Contro l'inerzia, tentati i mezzi più semplici, *medici*, come l'amministrazione di segala cornuta, di hidrastis canadensis, le iniezioni ipodermiche delle varie qualità di ergotina, Yvon, Bombelom, Bonyean, di ergotinina, ecc., congiuntamente al massaggio, alle frizioni dell'utero, alle irrigazioni vaginali fredde, sotto i 10° — o meglio di queste — stando alle più recenti raccomandazioni e fra gli altri di Auvard, Bordè, Candia, Guzzoni.... calde con acqua sterilizzata o antisettica, per la loro azione più energica e duratura, alla temperatura di 48°, 50° nè più, nè meno, non ottenendosi l'effetto se tiepide, conducendo ad un'inerzia fatale a 51°, secondo Vivien (1), ove la perdita continui converrà ricorrere ad altre risorse terapeutiche.

---

(1) VIVIEN. « Placenta previa et tampon. » Paris, 1892, pag. 91.

Accennato alle irrigazioni con liquidi speciali, acqua Pagliari, tintura di jodio jodurata, ecc., e con esse, per cacciarlo dalla pratica, all'uso di spugne imbibite di aceto, di limoni sbucciati..., mezzi classici nei tempi in cui regnava sovrana la febbre puerperale; all'azione di eccitanti per via riflessa, compresse d'acqua fredda sulla parete addominale, sulle coscie; evaporazione di goccie d'etere sparse sulle stesse regioni; applicazioni di senapismi, elettricità; compressioni dell'utero contro la fossa iliaca, o con una mano introdotta direttamente in cavità, che fa da eccitante diretto e da tampone e applicandosi l'altra attraverso la parete addominale; alla compressione dell'aorta fatta nel modo e nel tempo voluto, preconizzata da Budiguer, che la schiacciava attraverso la parete posteriore dell'utero, usata da Max-Saxtorph attraverso all'utero e alla parete addominale; da Ulsamer e da Baudelocque attraverso la parete del ventre al disopra dell'utero, sulla cui validità anche La Torre non è molto, pubblicava alcune favorevoli osservazioni (1), insistiamo sopratutto sul tamponamento intrauterino con garza al jodoformio, alla Dührssen, che risponde utilmente e facilmente allo scopo, quantunque alcuni non lo riconoscano immune da difetti.

Vivien, nel lavoro testè citato, dimostrandone la bontà col contributo di parecchi casi clinici, lo difende dall'accusa di mezzo di intossicazione per assorbimento di jodoformio; potendosi comunque ad evitare simili paure (però non del tutto infondate, per i fatti d'avvelenamento dello stesso Dührssen e di Andry), con Erkelein impiegare, col medesimo effetto utile, garza semplicemente asettica. Sostiene che non è fomite di setticemia convenientemente usato, ed infine che non è doloroso.

A parte la quistione della paternità attribuita da Vivien a Dührssen e ad Auvard ad un tempo, mentre per consenso quasi unanime il vero metodo risale a Dührssen, la nuova pratica ha incontrato dovunque molto favore; sostituendo i tamponamenti uterini di Chassagny, di Schüking, di Barnes con apparecchi speciali insufficienti e pericolosi, di Bailly che ancora nel 1876 consigliava il comune zaffo vaginale, contro cui si levarono voci potenti, osservandosi opportunamente che un nemico terribile e micidiale, come l'emorragia, si doveva debellare e non nascon-

---

(1) La Torre. *Archives d'Obstétriq.*, 1887.

dere. Difatti un tamponamento vaginale in questo tempo — *assolutamente controindicato* — potrebbe convertire l'emorragia esterna in interna, non meno grave e letale.

Non insistiamo di proposito sulle manualità relative, che si possono leggere in Dührssen, e che molti autori hanno riportate, indispensabili tuttavia a conoscersi perchè lo zaffo risponda alla nostra aspettazione, intorno al mezzo, al modo, al tempo durante il quale deve o può stare in sito (1).

L' anemia acuta indotta nella donna, a più leggieri fenomeni, viene vinta colla posizione conveniente, cogli eccitanti comuni; a fase più grave, nell' intento di riparare ad uno squilibrio idraulico, e di aumentare la massa circolante, assolutamente diminuita in quantità, colla *autotrasfusione* [(Prouf) bendaggio fino alla radice degli arti inferiori e superiori, dai quali vengono cacciati nel resto dell'economia circa 300 grammi di sangue, più alla mano e più utile della trasfusione vera],

---

(1) Ecco come sono descritte da Playfair, *Semaine Médicale*, 14 janvier 1891, pei casi di emorragia di media intensità e quando sieno falliti i mezzi più semplici:

« Collocata la donna nella posizione ostetrica, fatta una irrigazione vaginale disinfettante, si afferra il labbro anteriore e quindi il posteriore del collo dell' utero colle pinze dentate e si trascina l' orifizio esterno del collo a livello della vulva nello stessso tempo che un assistente spinge sul fondo dell' utero per favorirne la discesa. Lavata abbondantemente la cavità uterina con acqua sterilizzata o con soluzione antisettica, evacuati i coaguli che essa contiene, si incomincia lo zaffamento dell' utero con una striscia di garza iodoformica, oppure di garza sterilizzata od anche bagnata in una soluzione di sublimato 1 0[00 e quindi spremuta. Questa striscia di garza piegata a doppio deve esser lunga 5 metri e larga 3 o 4 dita trasverse. Con una pinza od anche con un dito si porta nell' utero l' estremità della striscia e quindi si riempie la cavità uterina. Tolte le pinze dentate si respinge l' utero in alto e con quella porzione di garza avanzata si zaffa pure la vagina, lasciando in basso l' estremo inferiore della garza. Nen occorre molta garza per tamponare solidamente la cavità uterina perchè l' utero si contrae solidamente per l' azione del corpo estraneo, il quale comprimendo direttamente i vasi uterini produce un potente mezzo emostatico. Il tampone deve restare in sito 24 ore secondo Schauta, mentre Auvard crede sufficienti 12 ore per l'emostasi e si toglie tirando l'estremo inferiore della garza. »

Nei casi di emorragia gravissima il tamponamento è ancora più indicato

Playfair ricorda quest'altra modificazione: di Auvard che consiglia di praticarlo nel modo seguente: collocare una mano sul fondo dell'utero ed introdurre l'altra nella cavità uterina per svuotarla del contenuto ed eccitare la contrazione. Senza ritirare le mani si fa collocare la donna nella posizione ostetrica. Dopo si affida il fondo dell' utero ad un assistente e colla mano rimasta libera con una pinza o colle dita si introduce l'estremità della garza destinata al tamponamento; la mano che è nell'utero afferra la garza e la porta nel fondo dell' utero e quindi con una serie di movimenti simili si riempie la cavità uterina e quindi la vagina. Si deve anche fare iniezioni ipodermiche d' ergotina o somministrare due grammi di segala per bocca.

colla *pseudo-trasfusione* [amministrazione per bocca d' acqua salata, un cucchiaio di sal di cucina in un quinto d' acqua ogni 5 minuti, fino a due, tre quinti di tal soluzione (Benetz). — Enteroclismi di due, tre litri di acqua salata al 4. 5 p. 0[0 nel retto intestino (Sangregorio Guzzoni)], o colla *trasfusione* a norma di qualcuno dei varî processi indicati, più attuabile però in una clinica. Il più semplice e alla mano anche nella pratica privata è forse quello insegnato da Playfair (1), il quale, dopo aver insistito per combattere le emorragie post-partum sui mezzi comuni e sul tamponamento alla Dührssen, di cui riconosce l' innocuità e l' efficacia, consiglia l' iniezione sottocutanea di una soluzione fisiologica di cloruro di sodio (0,05 p. 0[0 a 40°, 45°), che potrà praticarsi anche con un semplicissimo apparecchio formato da una cannula metallica appuntata da introdursi sotto la pelle, unita ad un imbuto per mezzo di un tubo di gomma.

Come chiusa a questo capitolo, solo per metterne in mostra l'originalità e l'arditezza, diremo una parola su una proposta messa fuori per incidente da Sänger (2), dell' arrovesciamento cioè artificiale dell' utero e della esportazione di questo per la via vaginale, nei casi disperati di emorragia atonica post-partum. Proposta, che ricorda quella di Porro colle stesse gravissime conseguenze prossime e remote notate da Truzzi che nel 1884 la emise, e poste in rilievo e dimostrate più temibili anche dopo da Guzzoni (3), ma con indicazione diversa. Più giustificata ci sembra però in Sänger che la consigliava ad utero svotato come *ultima ratio;* mentre Porro la metterebbe in atto prima di tentare gli ordinarî interventi, spinto appunto dalla *sconfortante insufficienza di essi,* in gravidanza, allorchè la donna è colpita da gravi emorragie da placenta previa centrale, a travaglio appena iniziato, a feto vitabile o vivo e quando la matrice si appalesa inerte ed ineccitabile.

Kocks (4), nello stesso ordine di idee, invece di amputare l' utero arrovesciato, per ottenere un'emostasi temporanea, riservandosi di ridurlo

---

(1) Playfair. « De la conduite à tenir dans les hémorragies par insert. utérine consécutive à la délivrance. » *Semaine Médicale,* 14 janv. 1891, cit.

(2) Saenger. « Kaiserschnittfragen. » *Centralblatt für Gynäk.,* 15, 22, 29 marzo 1890.

(3) Guzzoni. Lavoro cit., *Morgagni,* 1888, pag. 757.

(4) Kocks. *Centralb. für Gynäk.,* 1890, N. 20.

poi, vorrebbe serrarlo con un laccio di Esmarch: pratica che seguirebbe anche Playfair, il quale pur persuaso della bontà del processo di Dührssen pensa che questo possa riuscire insufficiente, nei casi in cui le arterie uterine, e sovratutto quelle della regione placentare, sono ateromatose (1).

In simili disperate contingenze troverebbe forse la sua applicazione un mezzo chimico coagulante quale il *percloruro di ferro*, sul quale ci siamo appunto riserbato un ultimo cenno.

Questo rimedio che ha resistito attraverso le più fortunose vicende di favore e di condanna, contro le accuse di essere *inefficace*, *causticante e cagione di emboli* venne non è guari difeso dal Bordé in un suo lavoro sulla *cura delle metrorragie post partum* (2). Bordé sostiene che opportunamente modificato dal Piazza che aggiunse in parte eguale una soluzione di cloruro di sodio, e previa bollitura per renderlo asettico, il percloruro di ferro, mentre ha un'*azione coagulante eccellente*, non produce *causticazioni;* il pericolo di *embolismo* si evita promuovendo una energica contrazione perchè la trombizzazione non sia estesa, scansando lo spostarsi dei coaguli con una applicazione diretta a mezzo di tamponi.

Comunque, poichè ad estremi mali si confanno estremi rimedii, ci schieriamo volontieri con Barnes, lo strenuo difensore del *percloruro di ferro,* il quale ai più ostinati contradditori chiedeva: *Dinanzi a una puerpera morente per emorragia val meglio lasciarla morire che adoperare un mezzo inusitato nella tema di qualche inconveniente, sapendo che questo solo può salvarle la vita?*

CONCLUSIONI.

1.° Le emorragie legate all'inserzione previa della placenta sono per la maggior parte di origine materna: la morte del feto, almeno quella *recente,* non influenza le perdite; non ripugna ammettere che quella *antica,* per scemata funzionalità placentare, possa modificarle vantaggiosamente.

2.° Le emorragie compaiono durante la gravidanza e nel parto:

---

(1) Playfair. Luogo citato.

(2) Luigi Bordé. « Cura delle metrorragie post-partum. » Modena, 1888.

durante la gravidanza sono messe a debito di *preferenza* dell'inserzione centrale: nel parto della laterale o marginale.

3.° Ritenuta vera la legge di Marchall sullo sviluppo della placenta al 7.° mese, gli studii recenti sul modo di comportarsi del segmento inferiore dell'utero in gravidanza e nel travaglio, appoggiano la teoria di Jacquemier per il meccanesimo di produzione della emorragia nella gravidanza; la teoria di Schroeder, sul conflitto tra l'utero che s' innalza e il segmento inferiore dell'uovo che si abbassa, spiega l' emorragia nell'atto del parto. Le opinioni di Barnes e Duncan troverebbero pure qualche appoggio nelle emorragie del travaglio sul modo di comportarsi sul segmento inferiore uterino. Meno accettabili per una spiegazione generale appaiono le teorie di Barnes e Duncan per le perdite della gravidanza e quelle di Pinard per le perdite della gravidanza e del travaglio.

4.° Le emorragie, che possono sopravvenire a qualunque epoca della gravidanza, sogliono comparire negli ultimi tre mesi; le perdite dei primi mesi si confondono con quelle da aborto; quelle degli altri mesi, in epoca posteriore pure abortiva, con meccanesimo analogo alle emorragie degli ultimi mesi, ripetono la loro origine da un distendimento passivo del segmento inferiore per accrescimento abnorme del contenuto uterino come per idramnios, accidente abbastanza frequente nella placenta previa.

5.° Le emorragie nel periodo di secondamento sono favorite dalle condizioni generali delle donne e dalle condizioni anatomiche peculiari della placenta previa.

6.° *Coeteris paribus*, non vi ha ragione speciale perchè debbano essere più frequenti le emorragie post-partum; sono senza dubbio invece più temibili, anche se leggiere.

7.° Nel campo dell'etiologia l'*ingrandimento abnorme* della cavità uterina, o un'*alterazione di configurazione* dell'utero, con prevalenza del diametro trasverso sul longitudinale, spiegano come l'uovo sia condotto a svilupparsi in basso. Anche una *anormale ampiezza* del tessuto placentare di un uovo inserito in sede normale è dimostrato poter occasionare l'anomalia. L' insolita ampiezza troverebbe appoggio nelle mie supposizioni, circa il modo di comportarsi delle reflesse nelle prime fasi della vita intrauterina e del corion, supposizioni confermate da Hofmeier direttamente.

8.° Con Pinard si può ammettere che la placenta previa sia più frequente di quanto generalmente si crede, cioè della cifra comunemente data di 1 su 1000 casi circa. Le pluripare vi sono sopratutto predisposte.

9.° La gravidanza facilmente si interrompe. Per l'importanza della emorragia, pel modo con cui suole avvenire, per la tendenza alle recidive, per le presentazioni del feto, per gli interventi operatorii, per la facilità all'infezione, il pronostico è sfavorevole per la madre e per il feto; è impossibile però precisare una cifra per la differenza dei confronti che si dotrebbero fare: un risultato attendibile si potrebbe sperare solo paragonando casi aventi una stessa fisionomia ed importanza clinica. In generale dalle statistiche trattate coi diversi metodi appare che mentre è abbastanza basso il procento di mortalità materna, molto al disotto in generale del 20, è rilevante invece quello di mortalità fetale che passa soventi il 50, il 60.

10.° La placenta previa ha dei caratteri anatomo-patologici speciali.

11.° La diagnosi è relativamente facile sia dal complesso dei sintomi, sia dall'esplorazione diretta. La presenza di fibromi sotto-mucosi peduncolati, che per la contrazione uterina tendono a laminarsi al disotto della parte che si presenta, per le emorragie che li accompagnano, può simulare una placenta previa.

12.° Sebbene si debba ragionevolmente ammettere molto ecclettismo nella cura, il trattamento della scuola di Pavia dà un generale, opportuno, pratico indirizzo con vantaggiosa modificazione del processo della scuola di Berlino. Con essa si mira non solo alla salvezza della madre ma anche alla salvezza del feto. Il ragionamento più logico almeno lo fa sperare.

ERRATA-CORRIGE.

			Errori.	Correzioni.
Pag. 101,	*linea*	29	— l'hémorrag. ocique	l'hémorrag. tocique
» 103,	»	34	— der Gabürsthi Ef.	der Gebürsthilf.
» 184,	»	14	— L. Müller 479	L. Müller 1479
» 290,	»	27	— pulsazioni trasversali	presentazioni trasversali

Dott. G. FERRUTA

Risposta alla lettera aperta del dott. Tullio Ferrari

pubblicata nel numero di Aprile degli *Annali di Ostetricia e Ginecologia*

Egregio Collega,

La lunga difesa ad interpretazioni del tutto immaginarie ch' Ella ha dato ad un nascosto, ed assai secondario periodo del mio ultimo lavoro, parrà a lei, e a tutti, inutile dopo la mia perentoria dichiarazione, che l'interpretazione sola possibile di quel periodo, quando nessuna personalità venga a far velo ad un retto giudizio, si è quella ch'era divisamento dell'autore, di far risaltare, che Lei egregio collega, non si trovava d'accordo nel ritenere come sezioni di cavità, accessoria od accessorie, come meglio le aggrada, al condotto principale, le cavità da lei descritte, non si trovava dico d'accordo, con Landau e Rheinstein, il cui scritto (non le ho fatto mai questo torto) essendo di capitale importanza pel di Lei lavoro, io ho fermamente creduto da lei conosciuto perfettissimamente.

Rimesse quindi le cose nei loro termini, non avendo voluto io nè criticare, nè emetter giudizi sul suo lavoro, mi permetterà di non ritenere affatto diretti a me i giudizi e gli appunti suoi, che con tanta copia di argomenti ella difende. Più serenamente essi sarebbero da considerare, come un'aggiunta al di lei noto e pregiato lavoro.

In quanto alla seconda questione, mi permetta ancora, egregio collega di farle osservare, ch' ella mi rivolge una domanda assai ingenua. Leggendo il mio lavoro a pag. 18, 19, 20, ella vedrà come mi sia procurato dei preparati di controllo da salpingi normali; preparati ch' io descrissi. Allora ella non mi farà più l'appunto di ignorare le belle figure, ma sempre figure dell' Orthmann e si persuaderà che conoscendo assai bene le diversità della vascolarizzazione della mucosa della salpinge, che ricordando benissimo i famosi preparati di Padova, di cui ella sa ch'io feci i gemelli, non ho voluto dir altro nei passi da lei in-

criminati se non che le alterazioni da me sorprese, lo furono in tutta la mucosa tubarica, e non solo in quella del padiglione!

E giacchè ne ho l'occasione mi compiaccio farle noto che appunto le modificazioni della vascolarizzazione della mucosa tubarica, specialmente in riguardo alla sua partecipazione al processo mestruale formavano soggetto d'uno studio, che discretamente avviato, l'avversa fortuna m'ha costretto a tralasciare, ma che spero in tempi migliori di poter condurre a termine.

E con questo mi pare, egregio Collega, che ogni questione SCIENTIFICA, come non avrebbe dovuto sorgere, sia ora sepolta e per sempre.

Firenze, maggio 1893.

Dott. G. FERRUTA.

RASSEGNA

Dott. SMYLY. — **Three Cases of Total Estirpation of the Uterus for Myoma** *(Tre casi di estirpazione totale dell'utero per mioma).* — *The British Gynaecological Journal.*, May 1892.

Ad eccezione di questi tre casi l'A. ha sempre fatto l'amputazione sopravaginale dell'utero colla fissazione extraperitoneale del peduncolo. Adottò questo metodo solo ed interamente per la grande mortalità che si aveva col metodo intraperitoneale. Ritiene che gli eccellenti risultati ottenuti da alcuni operatori col metodo intraperitoneale siano piuttosto da attribuirsi all'abilità dell'operatore che al nuovo metodo. Questo specialmente riguardo al Brennecke, che pubblicò 18 casi tutti guariti. Raccomanda di seguire i precetti di Schroeder, il quale però ha una mortalità del 30 0[0. Circa ai 53 casi di recente pubblicati dallo Zweifel con 4 morti, due delle quali non si possono attribuire al metodo di trattare il peduncolo, è un'altra cosa, perchè egli mette innanzi un metodo nuovo e più semplice di trattare il peduncolo, e se tale mortalità mostra di essere il risultato normale del suo metodo, si sarà obbligati ad abbandonare tutti gli altri in favore di esso. Però non si è ancora arrivati a tanto sino a che la mortalità media del metodo intraperitoneale è del 24 0[0, mentre quella dell'estraperitoneale è solo del 14 0[0, l'A. si crede obbligato ad onta di tutte le altre considerazioni a scegliere l'ultimo.

Lo stesso dovrebbe essere per l'estirpazione totale se avesse un'altra mortalità, ma questa non si conosce ancora al presente.

L'operazione è nuova, ed eccetto il dott. Martin di Berlino, nessuno ha grande esperienza in essa. L'A. non vede una ragione perchè abbia ad essere un procedimento fatale. Nel metodo intraperitoneale si combinano numerose circostanze ad aumentare la mortalità. La lunghezza dell'operazione per le difficoltà tecniche e il numero delle suture, lasciando esposto a lungo il peritoneo e le intestina, ma più di tutto la natura del peduncolo stesso, la durezza e fragilità del suo tessuto, l'ineguaglianza delle sue pareti che rendono difficile ed a volta impossibile un esatto affrontamento, la sua grande vascolarità che rende probabile un'emorragia a meno che non sia mezzo strangolato da gran numero di suture e legature, il grande canale mucoso che contiene, il quale certo non è sempre asettico e che deve o essere esciso o cauterizzato, l'essudazione di siero sanguinolento e la susseguente retrazione, rendono il peduncolo una sorgente di danni sia immediati che remoti. Sebbene quanto ha esposto sia più in favore del metodo extraperitoneale che dell'estirpazione totale e che sia sempre favorevole a tale metodo in un gran numero di casi quando per clamp è richiesta un'operazione rapida o quando le difficoltà rendono l'estirpazione più pericolosa, l'A. in altri casi e specialmente nei piccoli tumori, nelle persone molto grasse e quando il peduncolo è corto, crede che si possano risparmiare alla paziente dolori, lunga convalescenza e il rischio di un'ernia inseparabili da questo processo.

Nel primo caso nel quale ricorse all'estirpazione completa, l'operazione non fu di elezione, ma di necessità. Trattavasi di mioma uterino accompagnato da dolori ed emorragie per le quali si fecero ripetuti raschiamenti. Dopo uno di questi ebbe un attacco settico con peritonite pelvica. Donna di 44 anni molto adiposa, non fu mai gravida. Utero che arrivava quasi all'ombellico, cervice stirata in alto e aperto l'orificio esterno attraverso al quale si sentiva una sostanza molle che si lacerava facilmente e che esaminata al microscopio fu fatta diagnosi di adenoma maligno della mucosa. Aperto l'addome l'A. trovò gli esiti della peritonite pregressa. La parte più difficile dell'operazione fu il separare le aderenze che circondavano e tenevano in basso le tube e le ovaia. La tasca del Douglas era obliterata, ma potè separare le superfici aderenti e porre una spugna nel fondo. Dopo d'aver legati e tagliati i legamenti larghi nel modo eguale chiuse temporaneamente l'addome con delle pinze e passò a liberare la cervice per la via vaginale, dopo di che riaprì l'addome ed estrasse l'utero. La paziente guarì senza febbre e l'A. fu tanto favorevolmente impressionato dall'andamento di questo caso che stabilì di impiegare lo stesso metodo alla prima occasione favorevole.

Fa la storia di un altro caso in cui le indicazioni dell'operazione erano il rapido aumento del tumore, il dolore e le metrorragie. Il tumore occupava il fondo

uterino. Descrive l'operazione: dopo d'aver isolato l'utero della via addominale pose una legatura elastica sulla cervice, esportò il corpo uterino o dopo d'aver cauterizzato il canal cervicale chiuse temporaneamente l'addome. Libero la cervice della via vaginale, le basi dei legamenti larghi furono assicurate con pinze e divise e la cervice esportata. La paziente guarì bene e si alzò dopo tre settimane, ma tre tre settimane più tardi ammalò di bronco-polmonite che la obbligò sempre a letto. Nel terzo caso trattavasi di mioma multinodulare dell' utero che arrivava quasi all'ombellico e che era causa di frequenti e gravi emorragie. Era già stata operata dall'A. di castrazione senza risultato. Dilatò la cervice e scoprì un piccolo polipo attaccato al fondo; lo esportò, ma le emorragie continuarono ancora così frequenti ed abbondanti che l'A. si decise ad esportare l' utero. Aperto l' addome trovò che le intestina aderivano ai corni uterini ove erano state tagliate le trombe, e le staccò. Assicurati e divisi i legamenti larghi il resto dell'operazione fu simile ad un' isterectomia vaginale, eccetto che l' utero venne esportato attraverso la ferita addominale. Anche questa operata guarì bene.

Concludendo l'A. non vuol stabilire una regola generale da questi tre casi, ma crede che è meglio togliere completamente la cervice che lasciarla nell'addome ove può essere una sorgente di pericoli, e solo se la mortalità non è più grande, tale metodo è sotto molti riguardi migliore della fissazione extraperitoneale del peduncolo. Raccomanda a quelli che vogliono intraprendere una tale operazione di apprenderne la tecnica sia operando sul cadavere sia eseguendo l'estirpazione vaginale dell'utero canceroso.

Discussione. — *Reeves* ricorda di aver consigliato l'estirpazione totale o addomino-vaginale alcuni anni fa nel *British Medical Journal.* La comunicazione del dott. Smyly fa pendant con quella del dott. H. Smith i cui casi furono operati col metodo subperitoneale del peduncolo, e siccome tutti questi casi guarirono per questo motivo e per i successi rapidamente crescenti di questi metodi all'utero, si devono abbandonare i pregiudizi e cessare di inclinarsi alle autorità in un argomento così importante e progressivo. Bisogna ricordare quanto alta sia stata la mortalità dell' isterectomia extraperitoneale per tutti gli operatori e come solo recentemente sia stata ridotta, mentre ovunque la mortalità di tali operazioni, quantunque molto giovani, è minore. Alcuni negano ciò, ma se questi casi che furono trattati col metodo intraperitoneale fossero stati classificati a dovere, secondo il piano e la modificazione adottata e non riuniti tutti assieme (miomectomie e isterectomie) crede che si troverebbe giusto il suo asserto.

Dott. *Heywood Smith* ritiene che il lasciare la cervice sia un'operazione meno pericolosa, vi è minor rischio di ferire gli ureteri e richiede minor tempo. Crede assurda l'opinione del dott. Bantock che i suoi operati corsero il rischio che la suppurazione passasse nella cavità peritoneale perchè la ferita del peritoneo guarisce in circa 48 ore e la suppurazione se si forma impiega almeno 3 o 4 giorni.

Piazza.

L. M. Bossi. — **Nove laparotomie per lesioni varie degli annessi.** — Dalla *Gazzetta degli ospitali*, N. 17, anno 1893.

Sotto un tale titolo raggruppa l'A. una serie di fatti clinici seguiti tutti da felice risultato, nei quali si poterono osservare lesioni anatomo-patologiche assai svariate cui erano compagni squilibri nervosi provocati da lesioni relativamente lievi. Decio.

BIBLIOGRAFIA

H. Fritsch. — **Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrgangs 1891-92 (1 April 91, 31 Marz 92) der Breslauer Frauenklinik** *(Rendiconto delle operazioni ginecologiche fatte nell'anno 1891-92, 1 aprile 1891, 31 marzo 92)* nella clinica Ostetrico-Ginecologica di Breslavia. — Berlin, Fried. Wreden, 1893.

Sotto un titolo così semplice il prof. Fritsch con tutta la chiarezza, la vivacità e l'eleganza del suo stile, espone i risultati da lui ottenuti, commentando largamente le statistiche dei principali atti operativi ginecologici eseguiti in questa clinica nel passato anno accademico. Non è questo un arido e vuoto rendiconto; la parte statistica pura si potrebbe raccogliere ampiamente in una ventina di pagine, il resto, che si estende per oltre 280 pagine, contiene quanto di più pratico si riferisce ai più importanti problemi della ginecologia. È piuttosto che un rendiconto un complemento al ben noto trattato di ginecologia dell'A., di cui, speriamo, presto ne andrà a far parte questo ricco contenuto didattico. Si comprende come un tal libro sfugga ai limiti di una rivista. Io cercherò frattanto di tracciarne qui, meglio che posso, l'ossatura.

Precede la parte speciale, una larga introduzione contenenti le generalità, sulle laparotomie nelle quali l'A. minutamente descrive, quanto si deve osservare in questi atti operativi, cominciando dall'esame dell'operanda, alle sue preparazioni, alle cure che devono aversi dopo.

Importante questa parte è in special modo là, dove l'A. viene a circoscrivere, con tutta la sicurezza datagli dalla larga sua esperienza e dal suo fino e sicuro criterio, i precetti moderni dell'antisepsi e dell'asepsi. Partendo dal concetto, che le regole quanto più sono semplici tanto più facilmente e severamente vengono eseguite, ha cercato di avvicinarsi più che ha potuto, nei limiti del possibile, a questo ideale. Tutto nella sezione di ginecologia si svolge meravigliosamente nella più grande semplicità. Una semplice e piccola stufa di Thurnsfield, di cui ogni

medico può esser fornito, una sterilizzatrice Fritsch per l'acqua, ecco tutto il materiale della sterilizzazione di quanto vien a contatto con l'operanda! Un'unica sala bella, amplia, pulita, senza pavimento di vetro, pareti di vetro, filtratori d'aria che serve a tutte le operazioni e qualcuno inorridirà leggendo, che in questi vi si praticano anche le più infette medicazioni dagli ascessi ai cancri. Il bendaggio dell'operata è semplicissimo, una larga fascia di garza e poco cotone. Durante l'atto operativo non va perduta una compressa, questi sono formati da un tessuto ordinario più resistente della garza e servono lavate, sterilizzate e disinfettate per più laparotomie.

La clinica è nelle condizioni migliori per ottenere buoni risultati e costruita di sana pianta fuori della città, con tutti i requisiti dell'arte, ma il prof. aveva ottenuto gli stessi risultati con gli stessi mezzi nella vecchia clinica, infelice sotto tutti i rapporti, dove nella sala da laparotomia era costretto a tenerci anche le consultazioni esterne. E con piacere io noto qui, che essendo da molti mesi in questo anno, nella clinica, lealmente a parte dei successi e degli errori, non ho veduto un solo caso di sepsi. La maggior parte delle operate che vengono dopo l'atto operativo portate nelle sale comuni senza assistenza speciale vi si trovano nelle condizioni paragonabili a quelle di una puerpera in una buona clinica moderna dopo un parto laborioso.

Ma io dimenticavo il libro ed eccomi alla parte speciale. Essa comprende in singoli capitoli l'ovariotomia, le miomotomie, operazioni degli annessi, gravidanze estrauterine, ventrofissazioni, taglio cesareo ed operazione Porro, ileo secondario alle laparotomie, ernie, plastiche vaginali, estirpazioni totali dell'utero per la vagina, operazione di essudati pelvici. Ad ogni capitolo precede un quadro statistico completo. Sopra 65 ovariotomie senza selezioni di casi si hanno 3 morte, una per sincope da cloroformio, una in 17 giornate per embolia polmonare, la terza per vomito incoercibile in 7.ª giornata. Di 37 miomectomie 4 morte, nessuna per sepsi. Il prof. fa qui una bella critica dei vari metodi per queste importanti operazioni.

Tutte operate secondo il ben noto metodo dell'A. così sicuro e, se si vuole, anche facile. Riporta il professore un caso di intervento in utero gravido al secondo mese canceroso con successo; ed in questi anni ne ho visto un secondo all'ottavo mese di gravidanza: estirpato totalmente alla Freund, pure felicemente. Si comprende che con questi brillanti risultati l'indicazione a questa benedetta operazione come Spencer Wells la chiama è estesa ai prolassi totali irriducibili ed a qualche rarissimo caso di endometrite emorragica. Rimanendo però sempre fedele al principio che informa tutta la sua opera, principio altamente umanitario, che egli scolpisce a pag. 185 del libro sulla frase: *die Frau Kein Versuchsthier ist* che io non posso riportare in italiano con altrettanta concisione che parafrasando « la clinica non è un laboratorio. » Un capitolo breve, ma importantissimo sugli essudati, chiude il libro.

Breslavia, 15 maggio 1893. LEONARDO GIGLI.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XV. Giugno 1893. Num. 6.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Ricerche ed osservazioni in ostetricia

PEL
Dott. GIOVANNI COSENTINO

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
15 AUG 93
LIBRARY

Espulsione del sacco amniotico staccato dal corion

Nell'aborto, come nel parto a termine, il processo di distacco e di espulsione dell'uovo procede in generale nello stesso modo. Attraverso una lacerazione delle membrane esce il feto, ed in seguito la secondina. I villi del corion per effetto delle contrazioni uterine si distaccano dalla decidua nello strato spongioso dilatato, cosicchè l'uovo è ricoverto tutto attorno da una membranella grigia, che va col nome di *placenta materna*.

Nell'aborto dei primi tre mesi di gravidanza, è del pari frequente, che l'uovo si distacchi intiero, e il feto venga espulso assieme alla secondina.

Il fatto che si ritiene estremamente raro, è la espulsione del sacco amniotico distaccato, per lacerazioni degli involucri esterni, dal corion, il quale viene in seguito fuori solo o insieme alla decidua.

Consultando la letteratura medica intorno a questo argomento, si trova appena un cenno negli scritti di Velpeau (1) e di Smellie (2).

(1) « Traité complet de l'art des accouchements, » 1835, p. 217.
(2) « Hebammenkunst. » Bd. 11, 8 Sambung.

Gli autori più recenti tacciono completamente, e bisogna arrivare al 1882, per una simile osservazione. La storia di un parto di un sacco amniotico intatto staccato dal corion pubblicata dal Krukenberg (1) porta quella data.

Smellie aveva trovato che in un aborto l'embrione della grandezza di una fava giaceva in un sacco amniotico chiuso contenente un' acqua amniotica chiara.

Velpeau notò semplicemente che il feto nei primi mesi talvolta invece di tutti i suoi annessi tira dietro di sè solo l'amnios.

Si deve al Krukenberg una descrizione particolareggiata del caso clinico che attirò l'attenzione degli ostetrici.

Una donna di 40 anni, madre ad 11 figli vivi ed uno morto, gravida di circa 3 mesi, senza causa apprezzabile è colpita da metrorragia e dolori uterini, sotto l'azione dei quali espelle un sacco amniotico e poscia i resti dell' uovo. Il sacco amniotico espulso era simile ad un uovo di pollo decalcificato, pesava 29 gr., e conteneva un'acqua trasparente senza alcun deposito. Al cordone ombelicale pendeva un feto di 6-7 settimane.

Sono questi, per quanto io sappia, i casi finora conosciuti, forse perchè negli uovi abortivi, non espulsi chiusi, la mancanza del feto e dell' amnios è stata interpretata dipendente sempre da macerazione. Ammessa pure questa ipotesi, non si potrà negare, che la lacerazione primaria del corion, tale da permettere il passaggio del sacco amniotico intatto, non sia frequente, ed ogni nuova pubblicazione sarà un utile contributo allo studio delle cause che ne favoriscono il processo.

Delle tre osservazioni che vado a riferire, la prima è una brillante dimostrazione della possibilità della espulsione isolata del sacco amniotico senza alcuna traccia di elementi che la uniscano alla membrana sottostante. Pare come se l' amnios sia tenuto in contatto col corion mediante uno strato liquido che ne favorisca lo scorrimento attraverso il corion lacerato.

La seconda osservazione ha una speciale importanza in riguardo anche alla patogenesi dell' idramnios. La terza serve bene ad illustrare la macerazione del feto nel distacco parziale dell'amnios dal corion.

---

(1) « Geburt eines intacten, von chorion les gelösten amnion sackes von D.r Georg. Krukenberg. » *Archiv. für Gynaecologie,* IXX Band. Drittes Heft.

Osservazione I.

(Pratica civile. — Anno 1886).

La Signora A. R., d'anni 34, maritata da 13 anni, è madre di 5 figli nati a termine di gravidanza, dei quali due morirono nei primi mesi di vita extrauterina.

Nulla di particolare nella storia remota. Donna di buona costituzione fisica, brunetta, figlia di genitori sani, ha goduto sempre buona salute. Il marito di lei, commerciante agiato, offre le stesse condizioni di benessere fisico.

La signora si era sgravata il 23 dicembre 1884 dell'ultimo maschio che allattò fino alla seconda metà del novembre dell'anno seguente.

Cessato lo stimolo della mammella ricomparve la mestruazione, e l'ultima ebbe luogo il 20 giugno 1886. Nei primi di luglio fenomeni razionali di gravidanza, e fra i più noiosi il vomito incoercibile.

Il 3 settembre, senza causa apprezzabile, venne fuori dai genitali del muco sanguinolento e poi puro sangue accompagnato da doloretti uterini. Il riposo a letto e i clisteri di laudano non arrestarono il movimento abortivo, e la mattina del dieci, crescendo la perdita, fui avvertito per la visita di urgenza.

Il corpo dell'utero raggiunge appena la sinfisi pubica, il collo rammollito è fenduto ai lati, a destra fino al fornice, a sinistra meno, tutto l'organo è in retroversione. L'orifizio interno lascia passare il polpastrello dell'indice che tocca il sacco amniotico in discreto grado di tensione. L'emorragia è scomparsa, le doglie sono più frequenti ma poco intense.

Alle 11 ant. le doglie aumentano d'intensità, hanno il carattere espulsivo e sotto l'azione di un dolore più forte viene fuori un sacco amniotico. Segue un periodo di calma di circa 20 minuti e ricomincia la attività uterina con un discreto sbocco di sangue, in mezzo al quale esce il corion.

Alle 3 pomer. nuova perdita di sangue e dolori espulsivi; dopo mezz'ora continuando la perdita, si somministra la segala e si tampona la vagina.

Alle 11 di sera viene rimosso il tampone e con esso la placenta materna.

Vuotato l'utero la signora rientrò in un periodo di calma e nulla ebbe a notarsi nell'andamento del puerperio.

Il sacco amniotico (Fig. I *a*) ha l'aspetto ed il volume di un uovo di pollo e pesa 26 gr. Le sue dimensioni, posto sopra una superficie

piana, sono le seguenti: lunghezza 52 mm., larghezza 47 mm., altezza 40 mm.

La membrana dell' amnios, tesa da non potersi pigiare, è così trasparente da lasciare vedere il contenuto: acqua e corpo fetale.

L'acqua, limpida in tutti i punti e trasparente, non contiene albumina, nè urea.

Il feto bene sviluppato, di sesso maschile, è lungo 54 mm. (35-19) e pesa 18 gr. Il cordone ombelicale lungo 27 mm., si inserisce all'unione del terzo inferiore coi due terzi superiori del diametro longitudinale dell' uovo, e forma, nel punto d' inserzione una depressione ovoidale 8 mm. lunga e 5 mm. larga, che alla luce riflessa appare come una macchia biancastra a superficie liscia e levigata, fortemente aderente all' amnios, sul centro della quale risalta un punto per il suo colorito più oscuro.

I vasi del cordone sono, per un tratto della loro inserzione all'amnios, separati tra loro e si distinguono ad occhio nudo.

È degna di nota la grande resistenza delle pareti dell' amnios che poteva spiegarsi per la sua composizione anatomica.

Le prime ricerche istologiche della membrana furono dirette a conoscere gli elementi di rivestimento delle due superficie. Dopo un indurimento rapido in alcool e il coloramento al carminio, il preparato mostrava al microscopio, nella faccia che guarda la cavità amniotica, un rivestimento di cellule epiteliali pavimentose a contenuto granuloso, nucleate, unite da sostanza intercellulare assai sottile. Un altro strato di grosse cellule piatte, poliedriche con nucleo e protoplasma granuloso e fibre connettivali formava il rivestimento della faccia esterna.

Fra lo strato, diciamo così, epiteliale ed endoteliale si poteva studiare, mediante lo sfibramento, uno strato intermedio di fibre connettivali, disposte in svariate direzioni parallele o incrociantisi fra di loro da formare degli spazî ripieni di nuclei, riconoscibili dal loro colorito più intenso. Qua e là in mezzo al tessuto fibroso si riscontravano delle cellule fusiformi nucleate che avevano molta somiglianza con le fibrocellule muscolari lisce.

La presenza di questi elementi, di unita allo spesso strato fibroso interstiziale, rendevano ragione della resistenza dell' amnios e del suo straordinario spessore.

La membrana coriale (Fig. II *b*), espulsa più tardi, del peso di gr. 47, di forma ovoidale con un polo più grosso ed uno più sottile, era ricoperta su tutta la sua superficie da villi. In corrispondenza del polo più sottile si notava un foro a margini frastagliati, della estensione di una lira di argento, che aveva dato passaggio al sacco amniotico.

Aperta la cavità si vedeva una superficie liscia e levigata bagnata da

un liquido sieroso, senza alcuna traccia dell'inserzione del cordone ombelicale. I villi si mostravano in tutta la loro forma arborescente, appena il corion viene immerso in un bacile di cristallo ripieno d'acqua. Nessuna traccia di tessuto deciduale si poteva rintracciare fra le villosità e pareva come se le aderenze colla placenta fossero state così deboli che il loro distacco non abbia prodotte lacerazioni. In due punti vicini al polo più sottile esistono piccoli focolai emorragici di recente data (Fig. II *c*). Il resto degli annessi abortivi era costituito di una membrana spessa da 5-10 mm. di un colorito bianco giallastro in alcuni punti, rosso bruno in altri. Era la decidua con la sua tessitura caratteristica, tempestata da focolai emorragici. Fra le cellule della decidua e fra i focolai sanguigni si vedevano dei cordoni sotto forma di setti; erano i tronchi villosi che mandavano le loro appendici verso la decidua placentare, rimaste a questa aderenti allo staccarsi del corion.

Osservazione II.

Il materiale che forma la base di questa seconda osservazione appartiene alla Clinica Ostetrica, e il preparato della Fig. III *a* proviene da una giovine primipara, la quale si era sposata 5 mesi avanti l'aborto. È la nominata A. B. ricoverata il giorno 8 febbraio 1892, per metrorragia. Non ricorda di essere stata ammalata nella prima infanzia; all'età di 15 anni, abitando in luoghi malsani, fu colpita dalla febbre che scomparve con l'uso del chinino, appena ritornata in Palermo. A 12 anni ebbe la prima mestruazione che si ripetè sempre con regolare frequenza e durata, fino all'anno scorso in cui, in seguito al matrimonio divenne per alcuni mesi più profusa e di maggiore durata. L'ultima mestruazione decorse regolare negli ultimi giorni di dicembre 1891, e subito dopo comparvero i fenomeni di gravidanza.

Il 6 febbraio nelle ore pomeridiane la donna cominciò ad accusare alla regione ipogastrica qualche doloretto che durò l'intiera notte, ripetentesi a lunghi intervalli. La sera del giorno seguente, quando venne in clinica, i dolori erano assai intensi ed accompagnati da perdita sanguigna. La cavità vaginale è ripiena di grumi nerastri che vengono rimossi sotto l'irrigazione di acqua al sublimato. Il corpo dell'utero è cresciuto di volume e raggiunge col suo bordo superiore la sinfisi pubica. Il collo è rammollito e raccorciato, il canale cervicale aperto lascia toccare a nudo le membrane dell'uovo.

La paziente è molto anemica e ad evitare ulteriore perdita si pratica il tamponamento vaginale.

Circa 12 ore dopo viene fuori, insieme al materiale emostatico, un

sacco amniotico del volume di un grosso uovo di oca. Diminuito il contenuto, l'utero si riduce di volume, ma la perdita sanguigna ci costringe ad intervenire per l'estrazione della secondina.

Il puerperio decorse febbrile nella prima settimana e nella 12.ª giornata la donna lascia l'ospedale.

Tanto il sacco amniotico, quanto il corion e la decidua sono degni di speciale menzione.

Il sacco amniotico completamente chiuso pesa 44 grammi. La superficie esterna in massima parte della sua estensione liscia e trasparente, fa vedere un contenuto limpido in mezzo a cui sta sospeso un corpicino attaccato alla parete mediante un corto e sottile cordone.

Qua e là (Fig. III *b*), si riscontrano villi del corion con la loro forma e consistenza caratteristica, che rendono più spessa e meno trasparente la parete sulla quale aderiscono. In molti punti è assai facile il distacco dal sottostante amnios della membranella coriale, che cede alla dolce trazione.

L'acqua dell'amnios, sebbene sia una raccolta considerevole, non arriva a distenderne le pareti, che possono sollevarsi in larghe pliche, cosicchè, se la plica si fa nel punto corrispondente all'inserzione del cordone, il corpo del feto resta fuori il contatto del liquido ricacciato nel fondo del sacco. Per la stessa ragione posto sopra una superficie piana, il sacco amniotico prende l'aspetto di una focaccia a superficie ovoidale lunga 80 mm., larga 60 mm., spessa 25 mm. Il cordone ombelicale che si inserisce a circa 20 mm. dal polo superiore, a pochi millimetri dal margine laterale della parete posteriore è grosso come il filo di seta Lister N. 3, lungo 6 mm. e parte dal corpo fetale a 2 mm. al disopra dell'estremo caudale.

Al punto d'inserzione del cordone ombelicale si vedono sull'amnios delle fibrille aderenti che sembrano una continuazione dei vasi del cordone, e che visti al microscopio si riconoscono per villosità coriali.

Il corion nei punti dove esiste, è costituito da una membranella sottile, che si lascia facilmente distaccare dal tessuto sottostante. È composta di tessuto connettivo con numerosi corpuscoli da cui partono prolungamenti anastomizzantisi tra loro in modo da formare le maglie di una rete in mezzo alle quali si vedono numerose cellule con grosso nucleo e protoplasma granuloso.

In questa membrana si nota in modo caratteristico la struttura del villo primitivo. Ogni tronco più o meno grosso si divide in varie digitazioni che terminano a fondo chiuso, più o meno rigonfiate. Vi si distingue una parete fatta di connettivo fibrillare embrionale ed un epitelio pavimentoso, grosse cellule con contenuto granuloso, nucleo e nucleolo.

La rete vasale che si distribuisce nell'interno delle digitazioni co-

riali non è visibile in tutti i preparati, in molti dei quali, sprovvisti di vasi si vede fra le fibrille connettivali un gran numero di corpuscoli protoplasmatici di varia forma, che insieme alle cellule epiteliali occupano il campo visivo.

Ciò che sta in evidente contrasto col volume del sacco amniotico è lo sviluppo dell'embrione (Fig. III *c*). Difatti, mentre l'ovulo ha raggiunto la grossezza che suole presentare al terzo mese di gravidanza, il feto non mostra che l'età di un mese; è lungo un centimetro, pesa appena poco più di un grammo, ha la coda ancora appariscente, le estremità in via di formazione, il cordone ombelicale molto corto. Lo sviluppo fetale quindi corrisponde bene all'epoca della gravidanza presunta col criterio dell'ultima mestruazione, che ebbe luogo 40 giorni circa avanti l'accidente abortivo.

L'espulsione dell'embrione si può ritenere avvenuta in un periodo di gravidanza relativa al suo sviluppo e la sproporzione sta in rapporto alle dimensioni dei suoi involucri ed alla quantità (39 cc.) dell'acqua dell'amnios.

Il liquido racchiuso in questo sacco, meno limpido di quello dell'uovo avanti descritto, non lascia abbastanza chiaramente trasparire il corpicino fetale in tutte le parti che lo compongono.

Di reazione alcalina ed inodore, contiene albumina dimostrabile senza dubbio coi metodi ordinari di ricerca. Manca ogni traccia di urea e di elementi cellulari appartenenti al feto o agli annessi.

I fatti che a prima vista richiamano qui la nostra attenzione, sono due: la eccessiva raccolta di liquido con quella speciale composizione chimica, il distacco della membrana dell'amnios dal corion per una grande estensione. L'idramnios nelle condizioni nelle quali noi l'abbiamo rilevato, ha una speciale importanza dal punto di vista etiologico. Sull'origine dell'acqua dell'amnios le nostre conoscenze non sono ancora ultimate.

Delle tre ipotesi che si disputano il campo: origine materna, origine fetale ed origine mista, possiamo escludere in modo assoluto le due ultime; perchè la causa dell'eccessiva quantità del liquido non poteva risiedere nel corpo fetale.

Non si può quindi non ammettere che quella raccolta liquida abbia avuto luogo per trasudato dal circolo materno. Il contenuto albuminoso parla in favore di un disturbo circolatorio esistente in proporzioni maggiori, e la mancanza di urea è un reperto interessante e grave per la dottrina dell'acqua dell'amnios.

La spiegazione più facile della presenza dell'urea nell'acqua dell'amnios, malgrado le ragioni in contrario addotte dal Fehling, Apheli, Parok, Krukenberg ed altri, è che sia secregata dal feto. La prove-

nienza dell' urea dall' urina del feto è stata comprovata da esperienze ben condotte. Una sostanza solubile ingerita dalla madre si ritrova nell' acqua dell' amnios, nel sangue e nell'orina del feto. La quantità di urea contenuta nell' acqua dell' amnios è ordinariamente maggiore che nel semplice trasudato; così mentre il siero del sangue contiene 0,016 0[0-0,021 0[0 di urea; l' acqua dell' amnios ne contiene una quantità maggiore, da 0,0166 0[0-0,023 0[0 (Prochownik).

La mancanza assoluta di urea nel nostro caso dimostra, che l'acqua dell' amnios, nel primo tempo della gravidanza, sia un trasudato, e che l' idramnios rappresenta l'esagerazione del processo.

La possibilità del passaggio di liquido dal sistema vasale della madre, da vasi così riccamente sviluppati della decidua vera nella cavità dell' amnios è stata dimostrata. Le iniezioni di solfato sodico colorato in indaco nel sangue di un animale gravido, si riscontrarono nell' acqua dell' amnios senza essere passate dal corpo fetale, dove non se ne rinvenne traccia (Zuntz e Wiener).

Osservazione III.

Clinica Ostetrica. Anno 1892, numero del Registro 163.

A. C., di anni 42, Xpara, ebbe l' ultima mestruazione negli ultimi di aprile, e subito dopo accusò sintomi razionali di gravidanza.

Il 19 giugno si presenta in clinica per grave metrorragia. Il collo dell' utero è dilatato quanto due lire di argento ed è occupato dal polo inferiore dell' uovo. Poche contrazioni uterine bastano alla espulsione di un sacco amniotico (Fig. IV) a cui stanno attaccati ancora in tre punti ben distinti sulla sua superficie, residui del corion coi villi caratteristici e senza traccia di decidua. Il residuo placentare dava luogo ad altra perdita di sangue che obbligò all' intervento per la sua estrazione. L' amnios espulso pesa grammi 5,27 e posto sopra una superficie piana conserva la forma ovoidale; è lungo 30 mm., largo 25 mm., spesso 13 mm. Di colorito bianco di perla, non lascia trasparire il suo contenuto, anche per lo spessore della parete abbastanza resistente.

Aperto il sacco viene fuori un liquido sieroso di reazione alcalina, che lascia depositare sul fondo della provetta molti fiocchi albuminosi. Manca ogni traccia del corpo fetale. La superficie interna dell' amnios è tappezzata da uno strato di cellule epiteliali in via di disfacimento, nella maggior parte delle quali manca il nucleo.

La struttura dell' amnios, se togli la maggiore produzione di tessuto connettivo, non offre nulla di notevole, come nulla di notevole presenta la decidua all' indagine microscopica.

* * *

Se si volesse ora rintracciare l' origine dell' espulsione isolata del sacco amniotico in questi tre casi, non potremmo nemmeno in via di probabilità riferirla ad unica causa.

Così, mentre nel primo caso si potrebbero invocare una raccolta di liquido tra amnios e corion che ne favorì il processo, negli altri due casi, l' amnios sebbene in punti limitati, era unito al corion. Le connessioni delle due membrane erano però così lievi, che bastava la minima trazione a distaccarle. Potremo perciò nelle condizioni di anormali aderenze trovare la ragione dell'espulsione isolata del sacco amniotico.

Nel terzo caso, forse vi contribuì l'effusione sanguigna che si ebbe a notare tra la decidua e il corion e che dovette spiegare la sua influenza al riassorbimento del piccolo embrione. Se una raccolta liquida, sia anche una emorragia recente tra amnios e corion, può rilassare le connessioni delle due membrane, uno stravaso sanguigno più periferico che porta allo sviluppo di tessuto connettivo duro, può dare l' istesso effetto rendendo più forte l' unione del corion alla decidua.

Krukenberg nell' anormale connessione delle due membrane annette una certa importanza alla inserzione velamentosa: « *I vasi ombelicali decorrenti sopra un lungo tratto,* egli dice, *e poi separati fra le due membrane dell'uovo concederanno facilmente l'allontanamento dell'amnios dal corion che saranno facilmente separati.* »

È stata anche messa avanti l' opinione, che nella mancanza o nel ritardo di formazione dell' allantoide i vasi ombelicali, non avendo raggiunto il corion, non oppongono ostacolo alla separazione dell' amnios dal corion.

Questa ipotesi viene molto indebolita dalla prima osservazione, nella quale fu espulso il solo amnios ad un periodo avanzato di sviluppo dell'uovo, il cui cordone ombelicale possedeva gli elementi vasali in condizioni normali.

Ematoma sottocoriale della decidua

L'ematoma sottocoriale della decidua, prima che il Breus ne avesse ritratto i caratteri anatomici e clinici, andava confuso con la mola carnosa.

La speciale alterazione dell'uovo fecondato, della quale ho raccolto le tre osservazioni che vado a riferire, ha con la mola solo di comune che l'embrione raggiunto un certo grado di sviluppo, non partecipa più alla evoluzione delle membrane che vengono modificate in modo caratteristico.

Esiste fra i due processi, nell'immagine anatomica, e nell'immagine clinica, una differenza essenziale. Nella mola i tessuti dell'uovo sono distrutti per stravaso sanguigno da non essere più riconoscibili, mentre nell'ematoma la distruzione dei tessuti è limitata a quelli colpiti dalla emorragia in determinati spazî trasformati in altrettanti tumori.

Il cambiamento caratteristico di queste uova abortive sta nella formazione di questi tumori o protuberanze clavate con peduncolo più o meno grosso, ricoperte dal corion e dall'amnios, formate da stravaso sanguigno, che trae origine dai vasi della decidua.

La mancanza delle regole per molti mesi, la cui cessazione è seguita da fenomeni razionali di gravidanza, l'arresto nello sviluppo del ventre da mettere in dubbio lo stato gravidico, una lunga durata di questo stato d'incertezza, nel qual periodo di tempo restano immutate le condizioni di sproporzione tra volume dell'utero ed epoca presunta di gravidanza conteggiata con l'anamnesi, l'espulsione tardiva del prodotto del concepimento sono la sintesi del quadro nosologico che ci guida alla diagnosi.

La donna che da due o tre mesi, per la scomparsa delle ricorrenze mestruali e per la serie dei sintomi razionali, si crede incinta, comincia a dubitarne, perchè colla cessazione di ogni disturbo, vede diminuire il volume del ventre o rimanere stazionario.

A questo periodo di calma che può durare parecchi mesi, nei quali la gravida gode di un relativo benessere, segue quello delle perdite sanguigne, sotto forma di lieve emorragia ripetentesi ad intervalli, da mentire una mestruazione irregolare. Questa è la speciale particolarità degna di nota, che può trarre in inganno i poco esperti, i quali, come accadde in una delle mie osservazioni, possono essere indotti a considerare la perdita come manifestazione di stato morboso dell' utero e dirigere le cure in questo senso.

L' errore negli ematomi invecchiati è reso ancora più facile dalle condizioni fisiche in cui si trova l' organo gestante; grado minimo di rammollimento del collo, relativa durezza del corpo. Così si può spiegare che un chirurgo, pur esercitato in ginecologia, in seguito a diagnosi di metrite emorragica si accinse al raschiamento e provocò in tal modo l'espulsione dell'uovo degenerato, che altrimenti chi sa per quanto altro tempo sarebbe rimasto aderente all' utero; giacchè il processo vitale dell' uovo che si esplica dopo la morte del feto con l' aumento di volume delle membrane a forma di diverticolo può durare a lungo. È naturale, che in questo processo che si può compiere con minore attività produttiva, nel periodo di una gestazione normale, od anche in un periodo più lungo, il decorso è legato allo stato della decidua, alla nutrizione dell' uovo ed all' assenza dei dolori.

Per impronta anatomica e clinica si troverà sempre nell' ematoma sottocoriale, continuando le membrane dell' uovo a vegetare dopo la morte del feto, un rapporto costante fra lo sviluppo del feto assai meschino e la lunga durata della gravidanza.

La sintomatologia è così caratteristica che ci fa distinguere facilmente, tostochè si è riconosciuta la gravidanza anormale, l' ematoma sottocoriale dalla mola carnosa e dalla idatigena. Nello ematoma infatti abbiamo per un dato tempo la quasi completa mancanza di emorragie e la stazionarietà nel volume dell' utero; nella mola idatigena al contrario le metrorragie ostinate e frequenti e l' aumento progressivo del corpo uterino.

Che se talvolta in questa forma di gravidanza molare hanno luogo, nel preludio dell'espulsione del prodotto, emorragie gravi da gettare la paziente in una profonda anemia, pure, siccome per la compattezza delle membrane dell' uovo, dovuta al processo di degenerazione, l' aborto è

facile e non lascia residui placentari, il vuotamento completo dell'utero ci garantisce da ulteriori perdite.

Premesse adunque le nozioni generali sulla natura dell'affezione, passo alla narrazione dei casi osservati, che serviranno meglio ad illustrare in tutte le sue speciali particolarità questo tipo di degenerazione dell'uovo abortivo.

Osservazione I.

Sciacchitano Maria Concetta, di anni 40, da Corleone, ricoverata nella sala ginecologica dell'ospedale civico il giorno 8 febbraio 1892 per metrorragia. La S. di sana e robusta costituzione, in 18 anni di matrimonio è stata sei volte gravida ed ha dato a luce a termine di gravidanza, sei figli tuttora viventi, l'ultimo dei quali conta appena due anni.

Alla mestruazione del mese di giugno del 1891 seguirono tre mesi di amenorrea, durante i quali, come nelle gravidanze precedenti, lo stato di nutrizione della donna era migliorato sensibilmente; unico segno dell'avvenuto concepimento, mancando quei disturbi che d'ordinario la fanno presupporre. In ottobre, senza causa apprezzabile, preceduto da doloretti uterini, uno sbocco di sangue dai genitali per due giorni di seguito simulava un ritorno mestruale. In novembre e dicembre coll'intervallo di 22-25 giorni, nuovo scolo di sangue che durò 3-4 giorni e valse ad allontanare l'idea della gestazione, tanto più che il ventre non tendeva ad aumentare di volume. In gennaio altre perdite sanguigne che si prolungarono con maggiore o minore intensità per 15 giorni circa sino al giorno 7 di febbraio.

Il riposo a letto, la somministrazione della segale, il tamponamento vaginale furono esperimentati invano, cosicchè il medico curante, persuaso che si trattasse di metrite emorragica, introdusse un cucchiaio ed eseguì il raschiamento. La manovra chirurgica servì ad arrestare la perdita sino al 18 febbraio, in cui riapparve più minacciosa ed accompagnata da dolori.

Stato attuale. — È una donna di regolare sviluppo scheletrico, di robusta costituzione, brunetta, ben nutrita, ma anemica. Organi del torace sani. L'addome è leggermente tumido, indolente, tempestato di linee argentine. Palpando la regione ipogastrica si arriva a stento a sentire il margine superiore dell'utero, che sorpassa di qualche centimetro la sinfisi pubica, come alla fine del terzo mese di gestazione. Il collo è tumido, fenduto fino al fornice, alquanto rammollito, la mucosa cervicale ricoperta di granulazioni fungose facilmente sanguinanti.

La forma e il volume dell' organo, il rammollimento sebbene poco accentuato del muso di tinca, la tumefazione dei genitali esterni parlavano in favore dell' esistenza della gravidanza, che veniva messa in dubbio dalla storia delle lunghe perdite sanguigne col carattere quasi mestruale.

Il 23 febbraio alle ore 6 di mattina preceduta da poche gocce di sangue e da leggeri dolori espulsivi venne fuori una massa carnosa, che diede fine alle sofferenze.

I pochi resti placentari furono rimossi col cucchiaio e l'inferma nella 12.ª giornata di puerperio, decorso afebbrile, lasciò l'ospedale.

La massa espulsa aveva la forma e il volume di un uovo di pollo; pesava 42,50 gr.; era lunga 80 mm., larga 45 mm., spessa 40 mm. Allo estremo inferiore e più assottigliato del sacco, esisteva un foro della estensione di due centimetri, a margini frastagliati, che avea dato passaggio al cucchiaio raschiatore.

La superficie esterna dell' uovo è ricoperta da una massa di sostanza grigiastra, decidua vera e decidua riflessa, aderente agli strati sottostanti. La cavità dell' uovo è ripiena di protuberanze, in mezzo alle quali sorge un sottile e breve tralcio ombelicale senza il corrispondente embrione. Queste protuberanze a tumoretti (Fig. V) in numero rilevante, estesi su tutta la superficie, di colorito rosso bluastro, di grossezza oscillante da un cece ad una noce, sono formate da vecchie apoplessie (Fig. VI). La superficie liscia e levigata è ricoperta dall' amnios e dal corion, che ne costituisce la parete interna (Fig. VI), e che sono uniti tanto intimamente tra loro da non potersi dividere senza lacerarsi.

La relazione dei focolai emorragici coi tessuti delle membrane che sono ancora ben conservati, si possono studiare sopra un taglio trasversale.

La Figura VII rappresenta un focolaio apopletico circondato dalla decidua.

L' amnios ed il corion, che formano il rivestimento interno del focolaio emorragico ed al quale sono uniti dei prolungamenti villosi, sono costituiti da uno strato interno di epitelio sformato, e da uno strato esterno assai spesso di tessuto connettivo fibrillare, che passa senza limiti marcati al tessuto spesso coriale sottogiacente, dove si notano numerose cellule fusiformi.

Manca ogni traccia di elemento vasale nelle due membrane, come nei villi che si portano al focolaio. La decidua è riccamente vascolarizzata e fra le cellule rotonde o fusiformi nucleate si trovano focolai apopletici, che costituiscono la massa placentare.

Osservazione II.

A. S., di anni 38, di sana costituzione fisica, e capelli biondi, ha goduto sino dall' infanzia buona salute. A 14 anni circa ebbe la prima mestruazione e a 22 anni andò a marito. Rimasta subito dopo incinta, si sgravò di un maschio che la signora potè allattare pochi mesi a causa di un secondo concepimento. A questa seconda gravidanza seguirono altre quattro con l' intervallo fra loro di 18-20 mesi, che finirono col parto a termine di 5 femmine.

Dopo un riposo di 4 anni la signora fu incinta per la sesta volta e abortì di un maschio al 4.° mese di gravidanza. Una metrorragia provocata dal distacco parziale della placenta costrinse all' intervento ostetrico. Pare che la perdita fosse stata così copiosa da lasciare l'inferma in una grave anemia, dalla quale si riebbe per lunga dimora in campagna sotto un regime igienico rigoroso.

Ritornata in salute fu gravida per l'ottava volta e nel marzo 1890 diede a luce un maschio ch'ebbe il latte della madre fino al settembre dell' anno seguente.

La funzione mestruale, che cessato lo stimolo mammario si era ripristinata, si affacciò con la solita regolarità fino al gennaio corrente anno e poi scomparve per tre mesi. I fenomeni razionali non tardarono a dar credito al sospetto di una nona gravidanza, finchè uno scolo di sangue dai genitali negli ultimi giorni di marzo coi caratteri di una scarsa mestruazione non ne avesse tolto il dubbio, anche perchè, cessato lo scolo di sangue, scomparve ogni disturbo.

In aprile e maggio ad intervalli irregolari ebbero luogo altre perdite, piccoli scoli di sangue, accompagnati da lievi dolori uterini, che non impedivano alla paziente di accudire alle occupazioni domestiche.

La sera dell' 8 giugno alla fine di pranzo, con un intervallo di 32 giorni dall' ultima perdita, si affacciò di nuovo il sangue, che durò l'intera notte, e in quantità così trascurabile, che la signora, credendo sempre di non essere incinta, lasciò di buon'ora il letto, come se si trattasse della solita ricorrenza mestruale. Erano appena scorse due ore, e la perdita divenne profusa, metrorragica. Si volle allora sentire il mio parere.

Stato attuale. — È una donna di robusta costituzione, ben nutrita, molto anemica. Al mio arrivo giace supina, in lipotimia, ha il polso filiforme, il volto pallido ricoperto di sudore freddo.

Le iniezioni ipodermiche di etere, le carte senapate alla regione precordiale da prima, e poi i brodi caldi con marsala, valsero a riani-

marla e a metterla in grado di subire la manovra del tamponamento vaginale.

Il corpo dell' utero ingrossato raggiunge il margine superiore della sinfisi pubica; il collo è rammollito, il canale cervicale dilatato permette l' introduzione del dito esploratore. Sull'orificio interno si sente il polo inferiore dell' uovo in parte distaccato.

Il tampone vaginale e la segale cornuta somministrata a dosi di due grammi in sei cartine, rendono più forti e più frequenti le contrazioni uterine, e dopo 15 ore circa, insieme al materiale emostatico viene fuori l' uovo abortivo.

Il puerperio decorse fisiologico e la signora nella 16.ª giornata abbandona il letto.

Il sacco espulso intiero è simile ad un uovo di pollo nella forma e nel volume, pesa 44 gr. ed il diametro longitudinale di 75 mm., il trasversale di 40 mm. ed uno spessore di 38 mm.

La superficie esterna è ricoperta dalla decidua, dura, spessa, di colorito giallo brunastro. La superficie interna (Fig. VIII), è tappezzata di tumoretti di forma più o meno tondeggiante, alcuni dei quali hanno una base ristretta a modo di peduncolo che si continua come si vede nella Fig. IX fino al tessuto deciduale emorragico.

L' amnios presenta una superficie leggermente rugosa, dapertutto aderente al corion, dura e resistente da non potersi distaccare senza lacerarsi.

In fondo ad un solco, fra due tumoretti di maggior volume, sta il feto formato, per dire così, da una striscia di tessuto linguiforme, la cui base che rappresenta l'estremo cefalico (Fig. IV *a*) aderisce ad una larga e breve piega dell' amnios.

L'estremo caudale è libero. Manca ai lati del corpo ogni accenno di sporgenze, che sono l' indizio della formazione degli arti. Pare che lo sviluppo del feto si sia arrestato al primo mese di formazione. La decidua riflessa, dura, ispessita, aderisce al corion per intima unione stabilita dai villi proliferanti del corion laeve.

All'esame microscopico (Fig. X), sopra un taglio interessante tutto lo spessore della placenta, si vede andando dall' interno all'esterno uno strato di cellule epiteliali pavimentose in via di disfacimento, cui ne segue un altro più spesso di elementi connettivali e di cellule fusiformi nucleate. Da questo strato si staccano numerosi villi, sottili, lunghi, di colorito grigiastro, che si perdono nei focolai emorragici e fra le cellule deciduali. I focolai emorragici appaiono come chiazze più o meno grandi di forma circolare, di colorito grigio-giallastro, circondati da elementi epiteliali grossi nucleati della decidua.

L'esame microscopico constata ciò che si vede ad occhio nudo alla

sezione dei tumoretti sporgenti nella cavità dell' uovo, vale a dire delle emorragie provenienti dalla decidua riflessa o serotina.

Se si guarda la sezione trasversale della placenta nella Fig. V, sembra come se le emorragie sorte dalla decidua abbiano distaccato da questa membrana il corion e l' amnios, spingendoli verso la cavità dell' uovo.

Qua e là attorno ai focolai apoplettici esiste una zona di tessuto connettivo, a cui aderiscono fortemente, ciò che prova la formazione di antica data, delle escrescenze più dure giallo-grigiastre.

Osservazione III.

Clinica Ostetrica, N. del Reg. 193. Accettazione 18 luglio 1892.

D'Angelo Rosa da Palermo, di anni 33, è ricevuta in clinica per metrorragia.

Figlia di genitori sani e robusti, non lascia alcunchè a desiderare nella sua costituzione fisica. La madre vivente gode perfetta salute.

La R. si formò donna a 16 anni ed a 20 anni fu sposa. In 13 anni di vita coniugale è stata gravida 7 volte, ed ha dato a luce 4 figli maschi e 2 femmine, stantechè la penultima gravidanza che data da tre anni finì con l' aborto nel corso del 4.° mese.

L' ultimo parto a termine di un maschio vivo ebbe luogo 18 mesi addietro, in febbraio 1891. L' allattamento che nei parti precedenti non era stato disturbato dalla funzione mestruale, lo fu in quest' ultimo allattamento al 7.° mese. Il catamenio con fisiologica regolarità si ripetè fino a gennaio 1892.

Soppresse le regole, la donna credendo di essere incinta, credenza avvalorata dalla comparsa di altri fenomeni razionali, tolse dal petto il bimbo che da qualche giorno non mostrava più l' abituale floridezza. Nella seconda metà di aprile, dopo un' assenza delle regole per 4 mesi circa, uno scolo di sangue dai genitali, che durò 15 giorni, venne a gettare il dubbio sullo stato di gestazione. E questo dubbio fu convalidato dal fatto, che scorsi altri 25 giorni ritornò la perdita sanguigna. Piccoli sbocchi di sangue per 5 giorni di seguito, che al 6.° giorno divennero più abbondanti e si accompagnavano con frequenti e forti dolori uterini. La paziente in tale stato ricoverò in Clinica.

È una donna di statura alta, bruna, di costituzione robusta, ma denutrita e pallida. Ha sani gli organi del torace. L' addome è pianeggiante, depressibile, indolente al tatto. Infossando la regione ipogastrica si tocca nettamente il corpo uterino, che sorpassa per due dita trasverse la sinfisi pubica. Il collo più basso del normale, rivolto in avanti è ingrossato

e rammollito, il canale cervicale dilatato circa due lire di argento. La cavità uterina è ripiena di una massa spugnosa in parte distaccata, in parte aderente alla parete. Si tratta evidentemente di una gravidanza che stando allo sviluppo dell' utero non ha sorpassato il 4.° mese. Sei ore dopo, sotto l' impulso delle contrazioni uterine, viene espulso il prodotto del concepimento. È un sacco del peso di 105 grammi e del volume di un grosso uovo di pollo con un diametro longitudinale di 10 cm. ed uno trasversale di 5 cm.

La superficie esterna nel punto placentare è ricoperta dalla decidua vera, di consistenza dura, raggrinzata, come suole riscontrarsi negli aborti di 3-4 mesi, il resto della superficie è ricoperta dal corion e dall' amnios. La decidua riflessa non forma parte del sacco, dal quale si è distaccata durante il lavoro abortivo e forma una membranella di colorito giallo-brunastro di 3 mm. di spessore, in istato di macerazione. L' amnios è costituito da una membrana più dura e più spessa del normale, che si distacca facilmente dal corion, al quale aderisce nel solo punto d'inserzione del cordone ombelicale (Fig. VII). L'acqua dell'amnios, che per la sua scarsezza (5 grammi) non arriva a distendere le pareti, è di colorito rosso mattone e contiene tracce di albumina.

Il feto di sesso maschio, bene sviluppato in tutte le sue parti esterne, edematoso, misura dal coccige al vertice 46 mm., pesa 4-5 grammi e per quanto si possa giudicare dal suo stato di macerazione si può ammettere che aveva raggiunto il 3.° mese di vita intrauterina.

La superficie interna della massa placentare, rimosso l' amnios, si vede tempestata di un gran numero di protuberanze del volume di un cece o presso a poco, a larga base, divise fra loro da un solco poco profondo, e ricoperte dal corion. I tumoretti si trovano formati da stravaso sanguigno di vecchia data, a giudicare dall'alterazione del sangue degli strati periferici.

Anche in questo caso stanno in evidente contrasto lo sviluppo miserabile del corpo fetale, la grandezza dell' uovo e la durata della gravidanza. L' embrione non mostra l' età maggiore di due mesi. Che sia morto a quest'epoca di sviluppo, o che per le condizioni che ne prepararono la morte si sia sviluppato tardamente, non siamo in grado di stabilire nelle attuali conoscenze dell' affezione.

Si sa che il feto in condizioni sfavorevoli di macerazione, come forse può offrirle una quantità minima di acqua amniotica, può conservarsi bene dopo la morte in una lunga ritenzione dentro l' utero materno.

Non minore è la sproporzione fra il volume dell' ovulo e la durata della gravidanza, la quale, stando alla data dell' ultima mestruazione, avrebbe percorso il suo settimo mese.

Per la genesi dell' ematoma, oltre alla regolarità nella formazione

dei tumoretti, è degna di nota l'esistenza di altrettante sacche vuote a forma di diverticoli costituite da ripiegature della membrana coriale. In questo caso (Fig. XI), l'amnios è distaccato dal corion in modo eccezionale e non prende parte alla formazione dei diverticoli, che riempiti di sangue costituiscono l'ematoma.

Il Breus (1) nei suoi preparati microscopici potè seguire tutti gli stadî che dalla semplice formazione delle pliche va alle sacche ed alle dilatazioni più complicate, e dimostrare, che l' origine dei diverticoli delle membrane dell' uovo è indipendente dagli ematomi. Da quei preparati si rileva con certezza che l' involucro dell'ematoma sia il prodotto di anormale sviluppo delle membrane embrionali con formazione di sacche, che sono in seguito ripiene dal sangue stravasato. Così si spiegano, dice il Breus, le forme di ematoma poliposo, peduncolato, che non sono altro, se non semplici dilatazioni delle pieghe esistenti e protuberanze a modo di diverticolo delle membrane. La fonte delle emorragie che formano l'ematoma, può rintracciarsi nei vasi della decidua. Astrazion facendo che nella nostra terza osservazione l' amnios era distaccato dal corion, che amnios e corion furono ritrovati privi di vasi; i nostri preparati (Fig. XII e XIII) mostrano ad evidenza negli ematomi freschi molte isole deciduali fra le masse sanguigne.

Mentre nelle due prime osservazioni prendeva parte alla formazione degli ematomi la riflessa, nell'ultimo l'origine dell'emorragia era limitata alla decidua vera. La riflessa, e fu notato nella storia, fu emessa come una membranella sottile facilmente lacerabile, distaccata dal resto delle membrane dell'uovo. Essa non partecipava al processo di ipertrofia, che è la base principale della formazione degli ematomi. La nutrizione del corion laeve senza vasi, dipende dalla circolazione nella riflessa. Se la riflessa ricca di vasi si ipertrofizza e fornisce al corion laeve nutrizione sufficiente per la formazione dei diverticoli, le emorragie della riflessa, nell'intima unione delle due membrane, possono riempire gli spazî delle ripiegature del corion laeve e formare gli ematomi. Nel nostro caso è da pensare piuttosto, che la riflessa ed il corion laeve subirono come d'ordinario i processi di metamorfosi regressiva, per la quale i villi si

(1) Luogo citato.

atrofizzarono prima che fosse cominciato l'anormale processo di ipertrofia nella decidua vera.

Dando uno sguardo agli embrioni rappresentati nelle Fig. VIII e XI si vede la grande differenza di sviluppo che i medesimi raggiunsero prima della loro morte. A questa differenza si riattacca la questione, se i cambiamenti delle membrane dell'uovo siano la causa o l'effetto della morte del feto. Sta di fatto che mentre il primo rimase allo stato di prima formazione, il secondo raggiunse il suo completo sviluppo.

Il primo è appena lungo 30 mm., diritto vermiforme con una estremità superiore cefalica più grossa aderente alla placenta, ed una estremità inferiore terminata a punta, libera. Non si osserva nessuna traccia o rudimento di membrana. L'addome è completamente chiuso, manca ogni vestigio di quegli elementi che hanno rapporto col primo sviluppo, vescicola ombelicale ed allantoide. Tutto dimostra un errore di prima formazione delle membrane dell'uovo, in conseguenza di che per l'assenza dell'ordinario rapporto del circolo placentare l'embrione doveva perire di buon'ora.

Il completo e progredito sviluppo del secondo embrione escluderebbe condizioni anormali o assenza degli annessi fetali. Eppure l'attorcigliamento e l'assottigliamento all'estremo fetale del cordone ombelicale, il completo distacco dell'amnios dal corion tendono a far credere che anche in questo caso abbia preceduto alla morte del feto un disturbo delle membrane dell'uovo. Difatti, l'esagerato attorcigliamento del cordone avrà potuto essere la manifestazione primaria dell'ostacolo al circolo placentare che condusse all'asfissia del feto.

Non diversamente che nella mola idatigena, in cui all'alterazione del corion segue la morte dell'embrione, nell'ematoma sottocoriale la morte del feto segue ad una serie di cambiamenti nelle membrane dell'uovo forse differenti nei singoli casi e non sempre riconoscibili.

Nell'ematoma sta come base dei cambiamenti delle membrane, l'anormale aumento in superficie del corion.

Che alla morte del feto le membrane dell'uovo possano vegetare, è un fatto conosciuto e spesso osservato. La circolazione fetale, finchè non prende parte alla formazione della placenta, non ha alcuna parte essenziale all'accrescimento dell'amnios e del corion, i quali per l'unione con la decidua sono nutriti per via osmotica dal circolo materno.

La mola idatigena è una splendida dimostrazione della potenza di questa maniera di nutrizione delle membrane, allorchè scomparso l'embrione, il mixoma del corion assume talvolta grandi dimensioni e vegeta fino a termine di gravidanza.

L'ematoma tuberoso sottocoriale, come ha scritto il Breus: « è il « prodotto di uno stravaso sanguigno dei vasi della decidua, il quale ha « luogo in ripiegamenti a modo di diverticoli delle membrane dell'uovo « fetale e rappresenta così tumori sporgenti verso la cavità amniotica. »

CONCLUSIONI.

1.° L'ematoma sottocoriale è un processo ben distinto da quello della mola carnosa.

2.° L'ematoma può formarsi tanto nella decidua vera, quanto nella riflessa, se questa partecipa al processo di ipertrofia.

3.° L'emorragia che dà luogo alla formazione dei tumori è limitata a determinati spazî e proviene da rottura dei vasi deciduali.

4.° La morte del feto favorisce la formazione di diverticoli, perchè le membrane dell'uovo continuano a vegetare senza essere distese dal contenuto, ma non ne è la conseguenza.

5.° Qualunque sia la durata del processo l'ovulo non sorpassa mai il volume di un pugno d'uomo.

6.° Le metrorragie che preconizzano l'espulsione del prodotto possono essere talvolta gravi da rendere anemica la paziente.

Fig. I

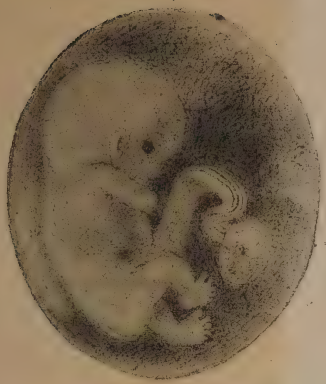


Fig. II

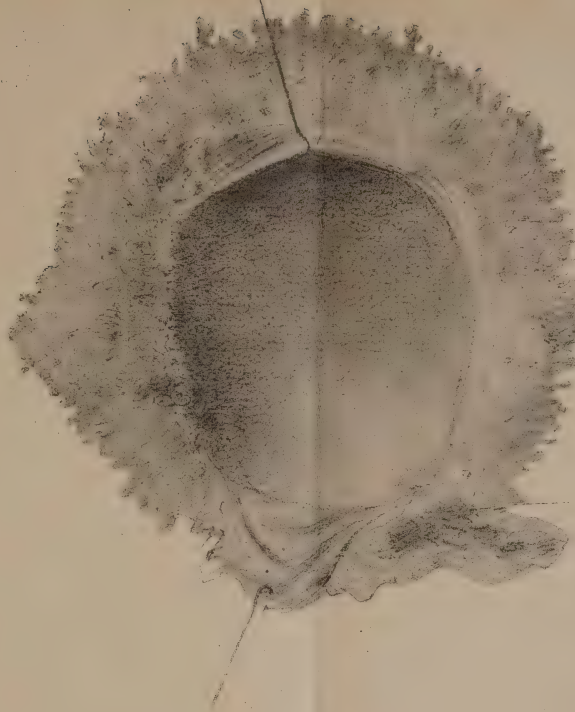
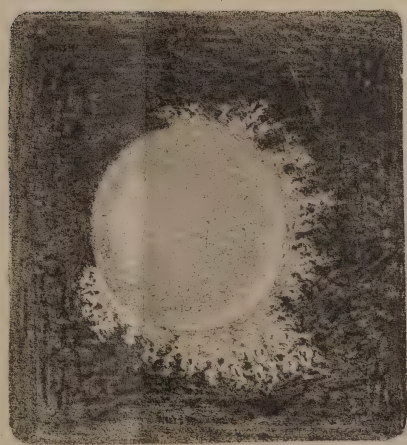


Fig. III

Fig. IV



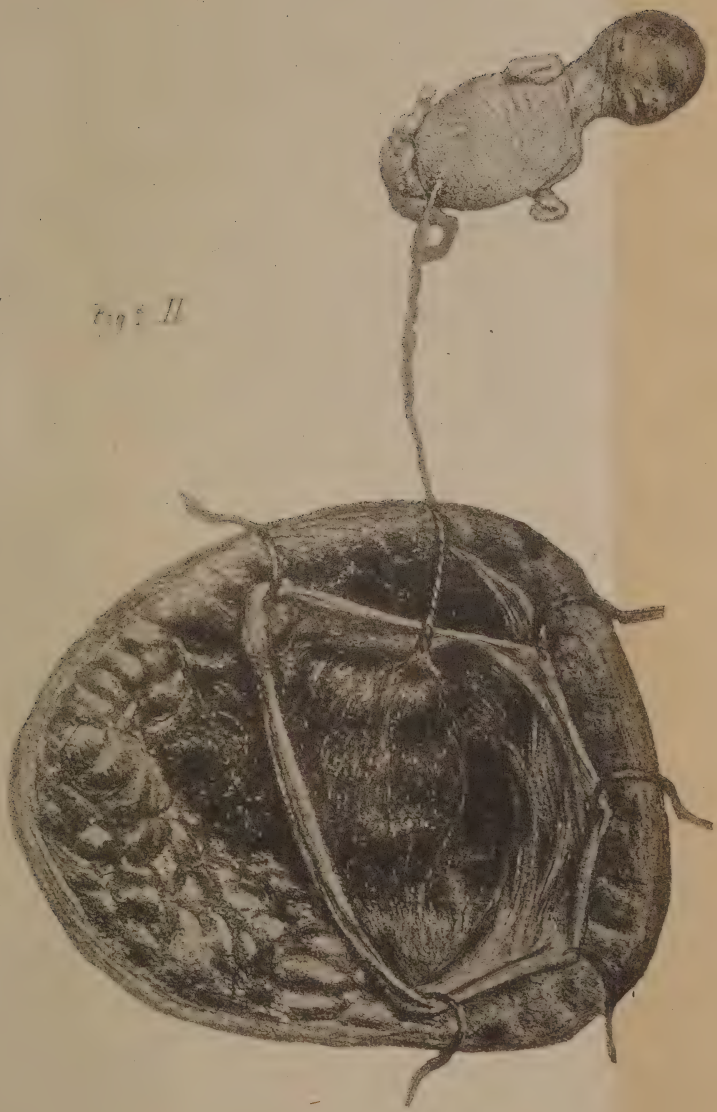


Fig. II.

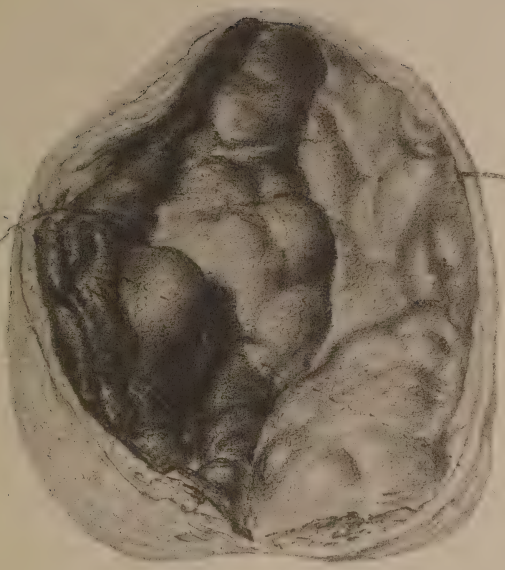


Fig.ª V.

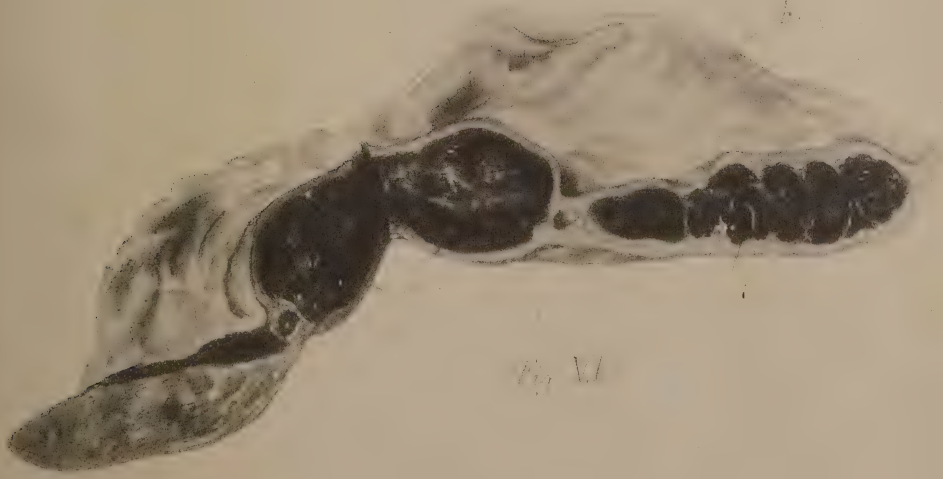


Fig. VI

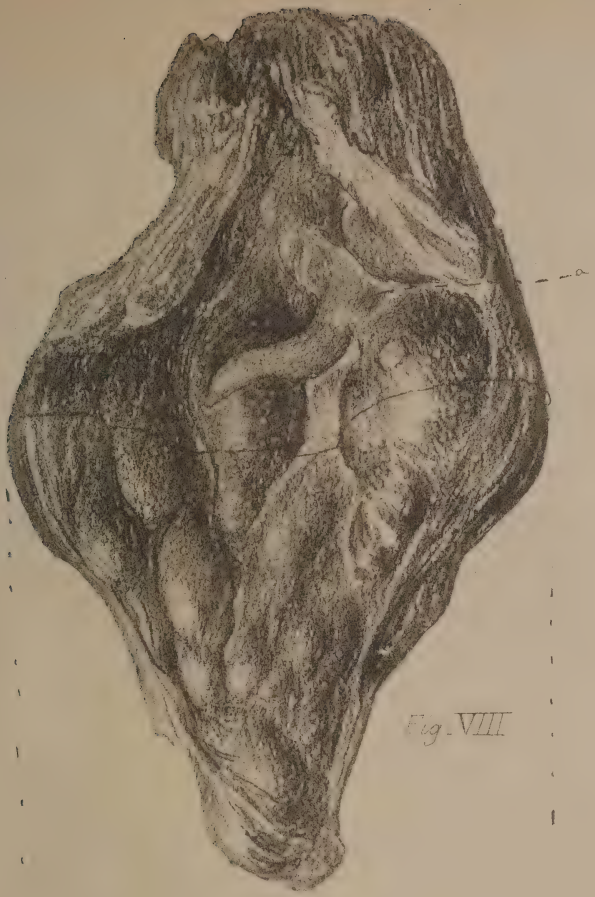


Fig. VIII

Fig. IX

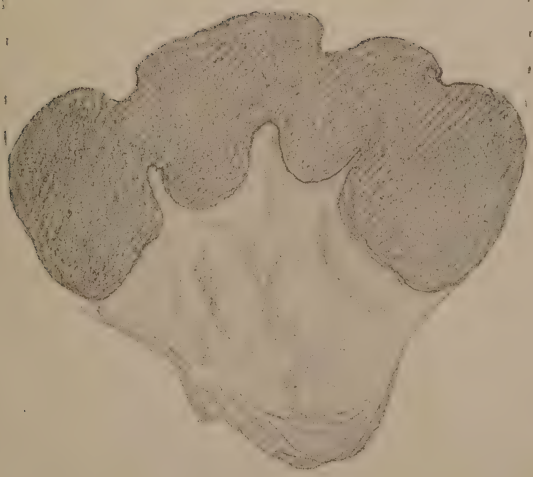
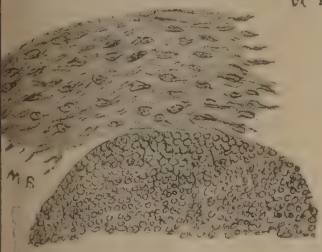


Fig. IX

C. REICHERT
OC 1 OB. 3.



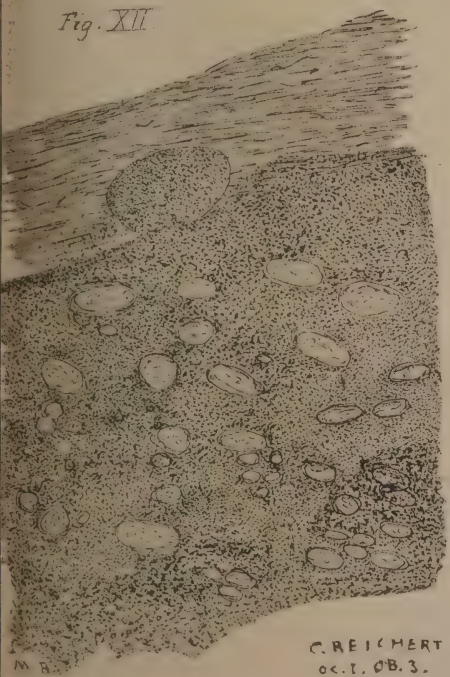
C. REICHERT
OC 2 OB 72.

Fig. X

C. REICHERT
OC. I OB. 3

C. REICHERT
OC 3 OB. 4

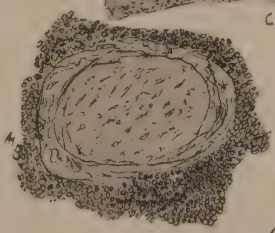
Fig. XII



C. REICHERT
OC. I. OB. 3.

Fig XIII

C. REICHERT
OC 1 OB. 1a



C. REICHERT
OC 1. OB 7

Dott. FELICE LA TORRE

Professore pareggiato in ostetricia nell' Università di Roma,
Membro della Società ostetr.-ginecol. di Parigi, ecc.

Dell' etiologia e cura dell' osteomalacia

da un nuovo punto di vista

Il mio carissimo amico dott. R. Labusquière pubblicò nel numero di febbraio ultimo scorso degli *Annales de gynécologie etc.*, una rivista sulla cura dell' osteomalacia che vedo riportata dalla *Riforma medica* del 6 marzo 1893. L'importanza dell'argomento, le nuove ricerche fatte recentemente sull' essenza della grave malattia, non note al Labusquière, le conclusioni a cui esso arriva che non sono l'ultimo responso della scienza, sono altrettante ragioni che mi spingono a farne un cenno speciale sui nostri *Annali di ostetricia ecc.*, per far vedere come stanno realmente le cose.

Il Labusquière nel suo lavoro analizza due teorie sull' etiologia dell' osteomalacia per stabilirne il trattamento: quelle del Bouchard e del Fehling che io riassumerò a grandissimi tratti, onde il lettore faccia un parallelo coll'ultima emessa dal Petrone che le distrugge completamente e che riassumerò anche a suo tempo.

La teoria del Bouchard sarebbe complessa; ci entrerebbero a costituirla parecchi elementi; c'entrerebbero l'insufficienza dell'alimentazione o il difetto di fosfati alimentari, un vizio di cambii nutritivi che porta accumulo di acidi organici, sia che essi siano ritenuti in eccesso dall'organismo in cui entrano per fermentazioni digestive anormali, sia che risultino da fermentazioni intraorganiche, sia infine che la nutrizione si rallenti e le ossidazioni diminuiscano; c'entrano anche un gran numero di condizioni igieniche che interessando la respirazione e la

circolazione ed influenzando il sistema nervoso possono far variare l'attività degli scambii organici e produrre rallentamento della nutrizione. In tutte queste condizioni gli acidi organici possono non essere bruciati, l'alcalinità del sangue diminuisce, l'acido urico aumenta nelle orine, l'acido ossalico vi compare, la costituzione intima è alterata pel fatto della fissazione ostacolata degli elementi minerali. L'organismo si altera ed in alcuni tessuti, quale l'osseo, più particolarmente e profondamente.

Per questa etiologia a varii elementi il trattamento dev'essere anch'esso complesso, deve mirare, cioè, alle diverse cause, e Bouchard prescrive perciò di lottare contro l'acidità degli umori cogli alcalini, d'impedire la perdita dei principii calcarei con alimenti ricchi di fosfati e con fosfati medicinali, di combattere la dispepsia acida mediante l'acqua di calce, la magnesia decarbonata, di dare un'alimentazione sufficiente, di sopprimere tutte le cause di rallentamento della nutrizione e di stimolare gli scambii nutritivi, agendo specialmente sul sistema nervoso. La cura dell'osteomalacia dovrebbe, secondo il Bouchard, farsi coll'olio di fegato di merluzzo, col fosfato di calce, buona nutrizione, aria libera, abitazione sana.

La teoria del Fehling si poggia su altre basi e conduce ad un trattamento diametralmente opposto.

S'era osservato che l'osteomalacia guarisce molto frequentemente dopo l'operazione di Porro, amputazione utero-ovarica, e più raramente dopo l'operazione cesarea classica che conserva le ovaia. Fehling studiando questi risultati empirici e specialmente il fatto che dopo l'ablazione degli annessi uterini la guarigione dell'osteomalacia avveniva più facilmente, praticò in un caso molto avanzato della malattia l'ovariectomia e la guarigione dell'osteomalacia si ottenne rapidamente. Questi fatti ripetendosi sovente collo stesso risultato, hanno indotto il Fehling a formulare la teoria ovarica, cioè: L'osteomalacia sarebbe conseguenza di una iper-attività patologica delle ovaia. Partirebbero da esse riflessi agenti sui nervi vaso-dilatatori dei vasi delle ossa, donde una iperemia passiva e consecutivamente un riassorbimento energico degli elementi del tessuto osseo. La castrazione, sopprimendo il focolaio d'origine di questi riflessi, avrebbe per risultato la contrazione dei vasi e quindi la guarigione.

Il Labusquière non si nasconde intanto che questa teoria sia oppugnabile pei fatti di guarigione colla semplice operazione cesarea, colle cure puramente mediche, colla constatazione di ovaia normali ed anche atrofizzate, collo sviluppo dell'osteomalacia nell'uomo, ecc. ecc. Ma tutto questo non proverebbe, secondo lui, se non che la malattia non riconosce una causa unica, che non possano rigettarsi le diverse opinioni del Bouchard e che invece di considerarla come malattia essenziale primitiva dovrebbe ritenersi espressione sintomatica di processi diversi. Checchè ne sia, dice il Labusquière, resta il fatto utile della guarigione della malattia colla castrazione e conclude:

1.° Che, avendo la cura medica dato dei risultati anch'essa completi e definitivi, bisogna applicarla, specialmente se non v'ha urgenza ed al principio della malattia.

2.° Nelle donne non gravide in cui la malattia si è mostrata ribelle a tutte le cure mediche ed ha prodotto conseguenze intollerabili per una qualsiasi ragione, la castrazione completa è perfettamente indicata.

3.° Nella donna incinta bisogna aspettare il termine della gestazione e nel momento del parto praticare l'operazione di Porro.

* * *

Il dott. Michele Petrone non accetta queste teorie e sopratutto le conclusioni che si riferiscono alla castrazione per guarire l'osteomalacia, che chiama barbaro atto operativo, pericoloso, e delle cui conseguenze bene spesso medico e paziente si possono trovare pentiti.

Il Petrone, d'accordo coll'Eichorst, il quale, avendo osservato che l'osteomalacia colpisce più le donne che gli uomini e fra le donne quelle a preferenza che si trovano nel pieno sviluppo della loro vita germinativa, aveva pensato ad un agente infettivo piuttosto che a semplici influenze di clima, di sesso e di regime di vita, va alla ricerca del microrganismo della osteomalacia e lo trova nel *fermento nitrico.*''

Anzitutto bisogna vedere quanto fondo di verità ha la teoria di Fehling, la sola che ha più parvenza di vero e che attira di più pei risultati ottenuti per mezzo della castrazione.

Il Fehling col suo brillante risultato comunicato al Congresso di Halle, confortato sempre più da quei di Winkel, Müller, Hoffa, Hofmeïer, Truzzi, ecc., risultati da far nascere quasi la convinzione che la castrazione femminile sia lo specifico contro la malattia, ritiene l'osteomalacia come « una vera trofoneurosi riflessa del sistema osseo che ha il suo focolaio di riflessione nelle ovaia e che offre analogia col morbo di Basedow e con altre trofoneurosi. » Ciò ammettendo, il Fehling spiega il fatto, dice Petrone, meccanicamente, senza che nessuna seria osservazione sua o dei suoi seguaci, basata sull'etiologia ed andamento clinico del morbo, o sull'analisi macro e microscopica della ovaia in questione, potesse anche in parte giustificare un modo di vedere cotanto assurdo.

Per fare risaltare i vantaggi del suo metodo, Fehling presenta una statistica di Baumann che riunisce 12 osteomalaciche operate in questi ultimi 60 anni col taglio cesareo, di cui si hanno due sole guarigioni che confronta coi resultati molto più brillanti da lui ottenuti spiegandoli colla remozione della ovaia « nella cui attività patologicamente accresciuta deve ricercarsi l'essenza del processo morboso osteomalacico. »

Questo confronto non sta, poichè la statistica contiene casi operati fin dal principio del secolo, nel quale tempo non si conosceva certamente l'uso dell'antisepsi e non si praticava l'anestesia come al giorno d'oggi. Secondariamente, se l'ovaia fosse davvero il punto di partenza e la sede del processo morboso osteomalacico, la malattia non dovrebbe dopo l'estirpazione delle ovaia procedere come per lo innanti, come talora è accaduto.

D'altra parte i due casi guariti, citati nella statistica del Baumann e che appartengono a Winkel ed a Reuss, altro non dimostrano se non che la guarigione dell'osteomalacia può aversi per mezzo dell'operazione che conserva le ovaia. Questi casi non sono soli; Späth guarì una inferma a cui lasciò per errore nel praticare l'operazione di Porro intiere le due ovaia. Il Seux di Bruxelles presenta una statistica personale di 17 osteomalaciche operate col taglio cesareo conservatore, ottenendo 11 guarigioni; Sippel di Francoforte ha un caso simile.

Più istruttivo è il caso recentissimo del Guéniot, il quale praticò un taglio cesareo in una osteomalacica ottenendo prontissima guarigione. La guarigione così rapida potrebbe attribuirsi all'impiegato atto operativo, se si volesse seguire il metodo deduttivo adottato dal Fehling e

seguaci: *post hoc, ergo propter hoc.* Ma al Petrone il fatto della rapidità del miglioramento avvenuto in circa un mese di tempo, che il Truzzi invoca decisamente in favore della castrazione, fa pensare che tale miglioramento dipenda piuttosto in tutto da qualche altra non calcolata causa di azione molto più pronta che non la praticata sterilizzazione dell' ammalata, di cui i benefici effetti, trattandosi di donne operate a termine di gestazione, le quali avrebbero per un bel pezzo atteso la ricomparsa del loro tributo mensile, non si potevano sperare che molto più tardi.

Da ciò risulta chiaramente pel Petrone che le guarigioni d' osteomalacia osservate dopo operazioni ostetriche qualsiasi, non debbono attribuirsi alla specificità di questo o quell'altro atto operativo usato, ma ad una causa molto più generale, che si può ricercare in tutti i casi e che spiega i miglioramenti, le guarigioni e gl' insuccessi.

Il mezzo per cui si ottengono le guarigioni è, secondo il Petrone, il *cloroformio* amministrato a scopo anestesico.

È molto nota, infatti, la grande azione antisettica del cloroformio sopra il microrganismo della nitrificazione. Lo Schlösing, il Müntz, il Warington hanno dimostrato che i vapori di cloroformio distruggono rapidamente e per sempre la vitalità del fermento nitrico. Lo stesso Petrone ha esperimentato l' azione del cloroformio e dei suoi composti chimici affini — come il cloralio, ecc. — su culture pure del nitrificante, in vitro, con risultati positivi, spiegando chiaramente così il meccanismo delle guarigioni ottenute in donne malate d'osteomalacia.

Che cosa è intanto il microrganismo della nitrificazione?

Il Petrone non dice in qual modo osservando ed analizzando i fatti, sia giunto a formarsi l'idea che l'osteomalacia dipenda da una infezione nitrosa; solo accenna alla conclusione di alcune esperienze in cui notava che si ottiene del propeptone, varietà d' albumina ritrovata solo nelle urine degli osteomalacici, tutte le volte che si fa agire l' acido nitrico-nitroso sull'albumina attraverso l'organismo o al di fuori di esso.

Il Petrone convinto dunque che l'osteomalacia sia cagionata dal fermento nitrico va alla ricerca del microrganismo e non avendo potuto trovare un caso di osteomalacia da dove iniziare i suoi studii, parte dal punto opposto riproducendo sugli animali l' osteomalacia inoculandovi il fermento della nitrificazione. Qui occorre che lo seguiamo passo

passo. Cominciò per l'inoculazione intravenosa su due cani, ritenendo il sangue, come tessuto il più ricco in ossigeno, il terreno più adatto allo sviluppo del microrganismo. Nel primo cane, trattato semplicemente con terra salnitrosa stemperata nell'acqua distillata e sterilizzata, vi fu nei primi 10 giorni una leggiera febbre. Si attribuì questa febbre all'azione d'altri microrganismi che potettero accidentalmente trovarsi nel liquido iniettato. Altri due cani furono inoculati con culture pure dello stesso fermento nitrico sviluppato in acqua distillata coll'aggiunta di piccola quantità di un sale ammoniacale e di un carbonato alcalino.

I due cani così trattati non presentarono febbre.

Il processo impiegato per ottenere le culture del fermento nitrico è stato quello consigliato e praticato pel primo, credesi, dal Winogradsky nel laboratorio di Pasteur, facendo cioè gelatinizzare la soluzione sopraccennata per mezzo dell'acido ostasilicico.

Tra tutti i sintomi clinici osservati su 3 animali così trattati, era rimarchevole l'esagerato dolore che essi risentivano alle piccole pressioni sulle ossa o anche per semplice toccamento; tale fatto era evidente e dimostrativo dopo un mese. Le alterazioni nelle urine comparvero più tardi solo in 2 dei 3 cani, essendo il terzo riuscito negativo all'esperimento.

Il primo cane morì per pulmonite due mesi e mezzo dopo ed ecco le principali alterazioni istologiche riscontrate sulle ossa. La lesione non era molto avanzata per cagionare già deformazione apprezzabile nello scheletro; però i femori messi a decalcificare in soluzione di acido nitrico al 3 0[0 mostrarono punti perfettamente decalcificati dopo 24 o 48 ore di soggiorno nel liquido; questi punti erano inegualmente sparsi nella diafisi e sulle epifisi, fatto codesto tanto più importante in quanto che la decalcificazione completa di tutto l'osso, anche in vicinanza dei punti precedentemente decalcificati, non si ottenne se non dopo 15 giorni di permanenza nel medesimo liquido giornalmente cambiato e perchè si trovarono in corrispondenza di questi punti precedentemente decalcificati le maggiori alterazioni e lo spessore della sostanza compatta ridotta alla metà del normale. Sulle sezioni intiere ottenute dal centro della diafisi la cavità midollare si presenta inegualmente ingrandita ed impicciolito il cercine di sostanza compatta. Si tratta di lacune non numerose, ma ampie, piene di midolla, comunicanti colla cavità centrale, divisi da essa

da sottili tramezzi che ricordano sotto tutti i rapporti quelle descritte dallo Howship nell' osteite rarefaciente e nell'osteomalacia.

Il Petrone si riserba di descrivere più tardi l' alterazione delle cellule e dei corpuscoli ossei e della sostanza fondamentale dell' osso dell'animale in discorso, come pure le alterazioni d'un secondo cane da lui sacrificato.

Il fatto più importante però è l'accertamento della presenza dei sali dell'acido nitroso, prima nelle urine dei due cani succennati e poi in quelle di 4 donne osteomalaciche che ebbe in osservazione; la reazione dei nitriti l'ha riscontrata in tutti e 6 i casi.

Provando su molte urine normali e patologiche il Petrone non ha mai rinvenuto una simile reazione che la crede immensamente più interessante della semplice presenza del propeptone, dimostrando la reazione nitrica la natura del processo infettivo osteomalacico.

Il Petrone tralascia le osservazioni battereologiche tendenti a dimostrare come i nitriti ed i nitrati in natura, meno casi eccezionali, indicano la esistenza del fermento organico specifico che li ha prodotti; questo non può oggi mettersi più in dubbio dopo i lavori di molti scienziati fra cui cita il Maggi ed il Winogradsky.

L'analisi del sangue di due osteomalaciche sulle quattro, essendosi una assolutamente rifiutata all' esperimento e l' altra stando in osservazione, ha dato risultati positivi, avendo rinvenuto fra i globuli sanguigni grosse cellule rotondeggianti riunite a preferenza a due che il Maggi chiama *microrganismo specifico dei nitrati* ed il Winogradsky *fermento nitroso.*

Le culture fatte sotto il controllo della più severa attenzione han dato anch'essi risultati positivi e sicuri.

Il Petrone in seguito descrive altri processi e reazioni di cui una sua molto semplice e sensibile e dà le formole chimiche delle combinazioni; io non lo seguo, sembrandomi più che sufficiente il fin qui riassunto per dare una idea esatta della questione, rimandando il lettore ai numeri della *Riforma medica* dell' aprile, maggio e luglio 1892 che contengono il lavoro originale.

Il Petrone, dunque, *ritiene che il processo morboso osteomalacico sia un processo di nitrificazione che si compie all' interno dell'organismo, il cui solo arresto può determinare la guarigione della malattia; l' arresto*

del processo di nitrificazione può ottenersi coll'amministrazione del cloroformio e suoi affini chimici, come il cloralio, ecc.

Partendo da questi criteri derivati da una analisi spassionata dei fatti e dalla convinzione fornita, come abbiamo visto, dalle esperienze batteriologiche e cliniche, non che dai dati anotomo-patologici e chimici, il Petrone tratta un primo caso di osteomalacia coll'amministrazione del cloralio ed ottiene la guarigione in pochissimi giorni. Stimo opportuno riassumere la storia clinica del caso molto decisivo.

STORIA CLINICA.

Contadina d'anni 50, di Viesti, in Foggia, nulla d'ereditario. Ha goduto sempre florida salute. Fu mestruata per la prima volta a 19 anni; in seguito catamenio regolare per comparsa, quantità e durata. Si è maritata a 23 anni ed ha avuto 7 gravidanze di cui 2 (2.ª e 7.ª) si son terminate coll'aborto; dei figli 2 soli sono viventi. Assenza completa di sifilide e tubercolosi; ha abitato a preferenza case basse ed umide.

L'inizio della presente malattia rimonta a 12 anni fa, attribuendone la causa ad una caduta che le produsse una contusione alla gamba sinistra, con dolore che aumentava nella deambulazione.

Scorsi circa quattro mesi, e trovandosi in termine avanzato di gestazione, cominciò ad avvertire dolori in corrispondenza delle ossa del bacino, delle costole e della colonna vertebrale, che divennero dopo non molto tanto intensi da impedirle di camminare senza appoggio. Questi dolori erano spontanei, continui e crescevano con la pressione sulle ossa affette. Dopo 2 mesi venne a termine di gravidanza (6.ª) A differenza delle altre volte, il travaglio durò circa due giorni; ma il parto si espletò normalmente — vi era presentazione di vertice.

Il dolore alla gamba era intanto scomparso, mentre quelli del bacino e del torace aumentavano d'intensità; poi si estesero, benchè in grado minore dei dolori delle località succennate, a tutte le ossa del corpo, eccettuata la testa.

D'allora fino ad oggi, meno una sosta della malattia di due mesi, verificatasi 6 anni or sono, l'inferma ha menato una vita di stenti e di sofferenze, sempre a letto o seduta, inabilitata di fare qualsiasi movimento senza appoggio ed aiuti di persone. Ma da tre anni a questa parte il suo stato è di molto peggiorato; si è manifestata una tosse stizzosa e secca ed il singhiozzo che non l'abbandona un istante. In tutto il decorso della malattia niente altro di notevole; sensi ed intel-

ligenza ben conservati; organi respiratori e circolatori e grandi apparati splancnici in buono stato; apiressia completa.

Esame. — Tutto il tronco si è ridotto ad una massa informe: colonna vertebrale deviata e contorta in totalità, e talmente raccorciata che l'angolo del gomito corrisponde in basso al gran trocantere. L' altezza della persona si è di molto ridotta e da m. 1,57 circa ch'era prima della malattia, misura ora m. 1,30. Lo sterno colle inserzioni costali sporge molto; torace schiacciato sui lati, ventre prominente, a pera, con voluminosa ernia della linea alba.

Bacino caratteristico dell'osteomalacia, svasato in alto, dove le creste iliache superano di un tre centimetri l'arco costale da entrambi i lati. Sinfisi pubica sporgente e stretta; sacro spinto in fuori, la sua curvatura è di molto cresciuta. Per il grande ravvicinamento delle branche ischio-pubiche riesce impossibile penetrare col dito in vagina per praticare il riscontro. Le eminenze ischiatiche, situate quasi sullo stesso piano della sinfisi dei pubi, stanno addirittura in contatto, separate soltanto per lo spessore di pochi millimetri dalle parti molli del perineo.

Mancanza di rigonfiamenti sulla lunghezza delle ossa e dei capi ossei ed articolazioni. Niente d'anormale sul cranio e sulla faccia.

I dolori sono vivissimi, spontanei e continui; crescono oltremodo colla pressione o semplice contatto. Sono molto più pronunziati in corrispondenza delle ossa del bacino e del torace che altrove. Al momento dell'esame la stazione eretta è impossibile; ogni movimento per mutare di posizione nel letto, cagiona all'inferma atroci dolori. Urina normale per quantità, colorito ed altri caratteri fisici. Raccoltane un poco dietro ad accurata lavanda dell'apertura vulvo-vaginale e saggiata allo istante ha presentato: reazione schiettamente acida, fosfati normali; assenza d' albumina, di zucchero diabetico e muco-pus. Traccie di propeptone dimostrabile con la reazione del ferro cianuro di potassio e con l'altra dell'acido fosfo-molibdico. Acido nitroso riconosciuto col metodo di Griess e con quello del Petrone e valutato anidro in peso ad un terzo per mille.

Il giorno 8 maggio s'amministrano all'inferma 2 grammi d'idrato di cloralio in soluzione acquosa da prendersi nella giornata; la prescrizione è ripetuta per tre settimane e non si ha alcun disturbo dell'apparato digerente.

Visitata 3 giorni dopo l' ammalata, la si trova col morale sollevato e coi dolori molto diminuiti. È scomparso il propeptone dalle urine; vi sono traccie minime di acido nitroso. La migliorìa continua incessantemente e con rapidità; dal 5.° giorno in poi le urine si sono mostrate normali.

Alla fine della prima settimana l'inferma potè alzarsi sola dal letto, vestirsi e fare qualche passo per la stanza senza aiuto. I dolori spontanei erano cessati del tutto, eccettuato in corrispondenza degli ilei. La tosse diminuita di frequenza non dava più incomodo alcuno ed il singhiozzo prima continuo e penoso era perfettamente scomparso.

Al 15.° giorno l'inferma si trova in eccellenti condizioni: nutrizione di molto migliorata, stato morale e generale ottimo; premendo sulle ossa non si risveglia alcun dolore, l'inferma si batte col pugno sulle costole senza alcuna sofferenza.

Ed in tali condizioni di benessere s'è sempre mantenuta. Al 10 luglio 1892 accudisce alle faccende domestiche; scende e sale volontieri le scale e senza dolori; però i movimenti di deambulazione sono impacciati a causa delle avanzate deformazioni del tronco e massime del bacino, in modo che i movimenti delle articolazioni coxo-femorali vengono meccanicamente ostacolati.

Il Petrone, giunte a questo punto le cose, ritiene la malata guarita; nelle urine non vi sono, dal 5.° giorno in poi, traccie per quanto minime, di acido nitroso, la cui presenza è per lui il vero termine dimostrativo del processo morboso osteomalacico.

Occorre notare questo fatto: il Petrone parla nelle sue esperienze di cloroformio e poi amministra idrato di cloralio; ciò è stato per circostanze d'indole puramente locale che non gli han permesso di regolarsi diversamente. Per questo cambio si è fondato sull' identico comportarsi delle due sostanze rispetto al fermento nitrico e principalmente sulla circostanza della scomposizione del cloralio in cloroformio in contatto colle basi alcaline del sangue nel torrente circolatorio. Dopo questo caso sulla cui significazione etiologica e terapica non parmi possono sollevare obbiezioni, il Petrone riferisce, come esempio più che come caso, un altro fatto che merita essere cennato.

Si tratta di una donna che ha avuto quattro gravidanze senza bisogno dell' intervento ostetrico, la quale dice d' essere ammalata da quando andò ad abitare una casa umida, tanto umida, racconta, che la biancheria in un armadio si copriva ben presto d' una patina bianca e cristallina che era con ogni probabilità formata da nitrati.

Si attribuiscono i consecutivi disturbi per tale umidità all' azione reumatizzante della abitazione; un medico di fatti la curò per reumatismo. Però divenuta incinta, dovette ricorrere in travaglio di parto alla

Maternità degli Incurabili, ove il prof. Martino, trovando il bacino alterato con 3 cent. di larghezza nel massimo diametro, l'operò di taglio cesareo con esito felice tanto per la madre quanto pel feto.

* * *

Dopo quanto ho imparzialmente riassunto e quasi trascritto, il lettore è in grado di coscienziosamente giudicare e ritengo che il giudizio non può esser dubbio. La teoria del Fehling e la necessaria castrazione non possono, in presenza della natura così ben determinata e semplice dell'osteomalacia, più altro imporsi, per cui prima di mutilare una donna è prudente.... per lo meno, esperimentare l' amministrazione del cloroformio consigliato dal Petrone, mentre sarebbe bene che questi studi e questa cura siano presi in considerazione dai colleghi tutti, per vedere quanto sia utile il cloroformio in ogni singolo caso di osteomalacia.

TACHICARDIA POST-LAPAROTOMICA

Nota del Prof. PAOLO NEGRI

Direttore della R. Scuola di Ostetricia in Venezia.

Il prof. Luigi Mangiagalli nella sua interessante comunicazione « Due casi di tachicardia consecutiva ad operazioni laparotomiche » pubblicata nel fascicolo di ottobre degli *Annali d'Ostetricia e Ginecologia*, Milano, 1892, esposti i due casi, cerca una spiegazione dello strano e raro fenomeno. Raggruppate tutte le cause che possono alterare la funzione del cuore, e studiatele in rapporto ai suoi casi, propende a trovarne il fattore, per un caso nella *azione degli antisettici sul peritoneo*, per l'altro nelle *alterate funzioni psichiche* che la donna presentava, e tale perturbazione *sia sola, sia aggiunta all'altra, con quella cooperante o a quella pur essa subordinata.*

La lettura della interessante comunicazione, mi sollecitò alla pubblicazione di questa brevissima nota; è probabile che molti operatori abbiano avuto nella loro pratica casi consimili a quelli, sui quali richiamò l'attenzione il prof. Mangiagalli, ed è probabile anche, che, data l'occasione, vogliano decidersi a render pubbliche le loro osservazioni, come faccio io stesso con il presente scritto. E lo faccio, e mi auguro che altri voglia imitarmi, nello scopo che più abbondante il materiale, e meglio studiato ne' suoi dettagli, possa trovarsi modo di meglio interpretare il fatto, specie nei fattori causali.

Lo dico subito, le mie osservazioni non meritano il nome di *tachicardia parossistica*, ma quello di semplice *tachicardia*, perchè la forma accessionale mancò; ma questo, lo si sa, non è raro; anche non essendo tali, le reputo degne di ricordo, perchè esse dimostrano indubbiamente che la causa del fenomeno deve essere varia e differente da caso a caso.

Ecco intanto le osservazioni:

Osservazione I.

Maddalena G.... in A... di anni 28, da Pavola (Udine) è accolta quale pagante nella Clinica da me diretta, il 2 dicembre 1891. L'anamnesi remota trova a 10 anni una malattia febbrile durata due mesi; a 15 anni la comparsa mestruale da quell'epoca sempre regolare. A 23 anni passa a marito, ingravida subito, partorisce a termine, sussegue puerperio febbrile per 20 dì, e poi allatta per 14 mesi.

Nel giugno 1890, nel godimento di una invidiabile salute, è colpita senza causa apparente, da perdita di sangue dai genitali per ben 20 dì; nell'agosto del susseguente 1891 la perdita si ripete, accompagnata da dolori simili a quelli del parto, da tenesmo rettale e vescicale.

Tali disturbi aggravatisi, la costringono a riparare nell'ottobre nello Spedale civile, dove, dopo speciale trattamento, le sofferenze si mitigano, ma non scompaiono; ritornata nella famiglia, ogni disturbo riappare, il dolore nelle parti inferiori dell'addome è continuo, inceppata la deambulazione, impedito il sonno, rallentata la nutrizione.

In tale stato è accolta nella Clinica. Di originaria costituzione robusta, è alquanto deperita, sebbene vi sia ancora uno sviluppo piuttosto abbondante di adipe. Le alterazioni riscontrate nell'esame somatico sono esclusive dell'apparato genitale, nulla è dato trovare negli altri apparecchi.

La palpazione addominale ne' quadranti inferiori riesce assai molesta, specie nel sinistro. L' esplorazione combinata vagino-addominale, trova l'utero di volume pressochè normale, spinto all' innanzi contro l'arco pelvico anteriore da due masse che deprimono i fornici postero-laterali vaginali; la massa di destra del volume quasi di un mandarino, quella di sinistra più piccola, ambedue resistenti, poco mobili, dolenti anche alla pressione la più leggera; tali masse sono contigue, ma non continue all'utero che gode ancora sufficiente mobilità.

Di poca importanza è il restante dell'esame uterino che mostra solo le note di una endometrite catarrale.

Portata la diagnosi di *ovaro-salpingite bilaterale*, tutto considerato, la durata della malattia, lo stato generale della donna, la sua impossibilità a nulla fare di utile, la cura inutilmente prima fatta, si propone e la donna accetta, la *ovaro-salpingectomia bilaterale*. Il 6 dicembre fu compiuta la laparotomia, fu usato il cloroformio dal cloralio e fu benissimo tollerato; dal principio dell' incisione addominale fino all' ultimo punto di sutura, non fu mai *impiegato antisettico alcuno*, ma esclusivamente l'acqua bollita.

Gli annessi asportati presentavano le note di una *grave salpingite suppurata*, con *marcata degenerazione cistica di ambedue le ovaia.*

Quale sia stato l'andamento consecutivo in relazione all' argomento che ci occupa, potrà il lettore riconoscere dall' unito prospettino, che comprende anche le osservazioni fatte prima dell'intervento per due giorni, affinchè più chiari ne possano risaltare i confronti. Nei giorni susseguenti all'operazione mai nulla di allarmante o di specialmente notevole ebbe a presentare la operata, se si faccia eccezione per lo stato del polso, in aperta contraddizione con lo stato generale.

Prima dell'atto operativo.

3. 12. 91	T.	P.	R.
8 ant.	36. 7	92	—
4 pom.	37. 0	100	20
4. 12. 91			
8 ant.	36. 6	100	—
4 pom.	36. 7	96	—
5. 12. 91			
8 ant.	36. 9	80	—
4 pom.	36. 9	84	—
6. 12. 91			
8 ant.	36. 9	104	26

Laparotomia.

6. 12. 91	T.	P.	R.
12 m.	36. 9	108	—
4 p.	37. 1	112	—
9 »	36. 6	120	24
7. 12. 91			
8 a.	37. 1	124	26
12 m.	37. 2	132	28
4 p.	37. 6	136	28
9 »	37. 6	148	32
8. 12. 91	T.	P.	R.
8 a.	36. 5	140	26
12 m.	36. 8	136	24
4 p.	37. 1	140	24
9 »	36. 7	132	24
9. 12. 91			
8 a.	36. 7	120	20
12 m.	36. 3	128	20
4 p.	36. 9	128	20
9 »	37. 0	132	18
10. 12. 91			
8 a.	36. 9	124	20
12 m.	37. 2	128	20
4 p.	37. 4	124	20
9 »	37. 4	132	20
11. 12. 91			
8 a.	37. 2	124	18
12 m.	37. 2	120	18
4 p.	37. 5	128	20
9 »	36. 9	120	20
12. 12. 91			
8 a.	37. 1	116	20
12 m.	37. 1	124	20
4 p.	37. 5	120	20
9 »	37. 3	104	20
13. 12. 91	T.	P.	R.
8 a.	36. 7	112	20
12 m.	36. 8	116	20
4 p.	37. 4	112	20
9 »	37. 1	112	18
14. 12. 91			
8 a.	36. 8	100	18
12 m.	37. 1	112	18
4 p.	37. 3	116	18
9 »	37. 4	104	18
15. 12. 91			
8 a.	36. 8	104	—
12 m.	37. 0	100	—
4 p.	37. 1	100	—
16. 12. 91			
8 a.	36. 7	96	—
4 p.	37. 3	112	—
17. 12. 91			
8 a.	36. 8	104	—
4 p.	37. 3	96	—
18. 12. 91			
8 a.	36. 7	100	—
4 p.	36. 8	96	—

Esce il 24. 12. 93.

Osservazione II.

Appartiene questa alla *pratica privata* e qui la ricorderò per sommi capi.

La signora Co.... S..., di anni 36, ebbe un figlio circa 5 anni prima dell'epoca in cui venne sotto la mia osservazione (marzo 1892). Fu per

molti anni nella prima infanzia e giovinezza affetta dai più svariati disturbi nervosi, che furono riassunti nella diagnosi: *istero-epilessia*. Da tre anni circa si accorse di un progressivo sviluppo del ventre. I disturbi nervosi andarono contemporaneamente mitigandosi, senza mai scomparire.

L'esame somatico escludendo ogni lesione agli apparecchi circolatori e digestivo, permette di portar diagnosi di *voluminoso tumore cistico ovarico,* per la quale malattia si propone la cura radicale.

Accettata fu praticata la ovariotomia il 14 aprile. L' atto operativo fu compiuto nella completa cloronarcosi (cloroformio dal cloralio), durò complessivamente 35 minuti; il tumore era costituito da una assai grande cisti senza aderenze parietali o viscerali, e da due piccole sacche a contenuto grasso, e che si dimostrano all' esame quali cisti dermoidi. Il peduncolo lungo e stretto partiva dal corno uterino destro, legato separatamente ed in massa fu abbandonato nel cavo uterino. Furono attuate tutte le pratiche della asepsi (acqua bollita): pochi, anzi quasi nulli, furono i maneggi intraperitoneali.

Durante la cloronarcosi il polso sempre regolare e valido oscillava per frequenza intorno alle 60 battute, e tale si manteneva ancora mezz' ora dopo a signora completamente cosciente.

Non erano trascorse due ore che io venivo pregato dal medico di casa di voler passare dalla operata, perchè, senza che dalla signora venisse avvertito, egli trovava qualche cosa *di almeno* poco rassicurante

Al mio arrivo rimasi sgradevolmente sorpreso dello stato del polso: si era fatto questo tanto piccolo e tanto frequente da essere in certi momenti più una oscillazione appena percettibile, che una vera pulsazione: le pulsazioni ora quasi innumerevoli, ora oscillanti fra 120, 130 e più: a tutta prima dato il quadro complessivo, la mia mente corse all' idea di una emorragia interna, che altra fonte non poteva avere che dal peduncolo ovarico: pure contro questa idea lottava la coscienza di aver compiuta una doppia legatura segmentata ed in massa di un peduncolo che non era nè corto, nè grosso.

Feci avvertire i miei aiuti di voler subito portarsi presso la signora onde tutto preparare per la riapertura del ventre, e nel frattempo cercai di migliorare le condizioni del circolo con l'uso dell' etere solforico per via ipodermica.

Durante l' attesa degli aiuti, un esame più calmo mi fece modificare profondamente le mie idee sullo stato della operata: io notai il grande contrasto fra *lo stato locale* e lo *stato generale della signora:* mentre il polso faceva presentire la fine, la signora intelligente e colta mi pregava di non *allarmarmi troppo di tale condizione di cose, primo* perchè ella si sentiva bene, *secondo* perchè già in altre circostanze lo

stato del polso avea *posto in allarme medici e non medici*, senza che realmente ne fosse a lei capitato pericolo alcuno.

Passando il tempo, mi convinsi che la cosa dovea certamente essere così: l'etere per l'iniezione ipodermica, il benzoato di caffeina pure amministrato per la stessa via, poca o nulla azione manifestavano sullo stato del polso; e ciò non ostante le condizioni generali della signora si *mantenevano buone*, sempre in grande contrasto con il fatto speciale.

Per essere breve la grande frequenza del polso continuava ancora 24, 48 ore dopo, ed anco dieci giorni dopo non era inferiore a 100 battute al minuto, quando la temperatura era arrivata stentatamente ad *un massimo di 37. 2*, e la signora era completamente guarita.

Se noi riassumiamo le due osservazioni, troviamo una grande frequenza di polso iniziarsi dopo la laparotomia, *scompagnata da qualsiasi rialzo di temperatura,* in soggetti sul *cui peritoneo mai venne a contatto antisettico alcuno.*

Può in questi casi parlarsi di influenza degli antisettici? No certamente: la mancanza di ogni causa apparente fa piegare la mente ad un fattore puramente nervoso, il cui punto di partenza in alcuni casi ci sfugge: nella seconda nostra osservazione *lo stato del sistema nervoso della operata* deve aver avuto grande influenza, ma non ci torna facile il dire quale ne sia stato il momento determinante.

Ad ogni modo noi riteniamo i fatti clinicamente interessanti, e conseguentemente ne riteniamo giustificata la pubblicazione.

Febbraio 1893.

SERVIZIO DI GINECOLOGIA DELL'OSPEDALE CIVILE DI LIVORNO

Dott. GIUSEPPE COEN

DI UNA MODIFICAZIONE AL PROCESSO DELLA COLPORAFIA MEDIANA

come cura del prolasso completo dell'utero.

Dopo i lavori di Neugebauer, Le Fort, Eustache, Brunet, Sokoloff, Andrée e dopo la bella monografia del nostro Guzzoni degli Ancarani, sarebbe stato superfluo ch'io cominciassi questo mio lavoretto coll'esposizione della istoria della colporafia mediana; mi limiterò quindi a descrivere la modificazione da me ideata, e a riportare due casi operati con pieno successo, facendoli seguire da quelle considerazioni che stimerò più utili.

Entro quindi subito nell'argomento.

Cloroformizzata la operanda, disinfettati accuratamente i genitali esterni, previa tricotomia, e la vagina mercè abbondante saponata e lavaggio prolungato con soluzione al sublimato, afferro il collo uterino colla volsella e lo tiro bene in fuori in modo da condurre l'utero e le pareti vaginali in prolasso completo.

Disegno allora col bistouri sopra le due pareti vaginali un quadrilatero lungo 5 o 6 centimetri e largo 2 o 3, di cui il margine superiore disti 2 o 3 cent. dal muso di tinca e l'inferiore arrivi sulla parete vaginale anteriore, fin presso all'orificio uretrale, e sulla parete vaginale posteriore, fino presso a poco alla forchetta.

Rialzato quindi il globo uterino, tirando in alto la volsella, disseco il lembo così circoscritto, prima sulla parete vaginale posteriore e quindi sulla parete vaginale anteriore, abbassando a questo scopo l'organo pro-

lassato. Se qualche piccolo vaso sui quadrilateri avvivati molestasse per troppa uscita di sangue, passo alla emostasi mercè le pinze di Pean e sottile filo di catgut.

Con catgut N. 3 o 4 e mercè aghi dell' Hagedorn e la pinza del Pozzi passo allora alla sutura. È qui che il mio processo diversifica da quello classico fino ad ora usato. A circa 1[2 cent. dall' avvivamento, lungo il lato sinistro del quadrilatero scolpito sulla parete vaginale anteriore, infiggo l' ago munito di un lungo filo di catgut e lo porto, costeggiando il margine superiore dell'avvivamento, cioè lungo il lato del quadrilatero più in vicinanza del collo uterino, fino alla metà dell' avvivamento stesso. Tirato il filo e ripreso l' ago colla pinza del Pozzi, lo infiggo sul mezzo dell' avvivamento, nel quadrilatero scolpito sulla parete vaginale posteriore e costeggiando il posto omonimo che sul quadrilatero superiore, traversando la metà sinistra dell' avvivamento, lungo la metà sinistra del lato superiore del quadrilatero, lo faccio uscire sulla mucosa sana della parete vaginale posteriore a 1[2 cent. circa dal lato sinistro dell'avvivamento.

La stessa manovra eseguo a destra; penetrando a 1[2 cent. dal bordo destro del quadrilatero scolpito sulla parete vaginale anteriore, comprendendo con questo filo tutta la metà destra dell'avvivamento rasento il lato superiore del quadrilatero; rientro quindi alla metà dell'avvivamento sulla parete vaginale posteriore, scorro lungo la metà destra di detto quadrilatero, costeggiando il lato superiore destro del quadrilatero fino ad uscire a 1[2 cent. dal bordo destro dell'avvivamento in un punto omologo che a sinistra. Tolta allora la volsella e introdotto il collo uterino, lego prima il filo sinistro e poi il destro portando sui lacci una pinza del Pean che affido agli assistenti.

Ad un centimetro di distanza dai punti già dati rinnuovo il modo di sutura testè descritto e pongo così 2 nuovi fili, uno a sinistra e l'altro a destra. Tolte a questo punto le pinze di Pean che reggevano i capi dei primi lacci, taglio i fili in prossimità del nodo, introduco il primo pezzo di vagina suturato ed annodo i secondi lacci consegnando le pinze che sono poste ai loro estremi, agli assistenti.

Ad un altro centimetro di distanza conduco colla stessa guisa, prima a sinistra e poi a destra, il terzo laccio ed in questo modo arrivo fino a che i due lati inferiori, piccoli dei 2 quadrilateri, vengono a trovarsi

quasi a contatto. Allora merce 4 punti di sutura staccata o un sopraggitto riunisco i due bordi fra loro.

Così con soli 5 o 6 punti di sutura destri e 5 o 6 sinistri e la sutura a punti staccati o a sopraggitto dei piccoli lati inferiori dei quadrilateri ho condotto a termine l'operazione.

I resultati nei due casi che riporterò, sono stati ottimi. Il catgut usato fu da me stesso preparato col metodo del Martin, cioè all'olio di ginepro, con qualche variante nella tecnica di preparazione. Avanti l'operazione ho sempre usato purgare l'ammalata, ed appena il purgante aveva agito, ho disinfettato il retto con clisteri borici. Dopo l'operazione ho mantenuto per 6 giorni la tipsi con pillole di estratto tebaico, ho fatto siringare la operata tre volte al giorno, lavare di tanto in tanto i genitali esterni con leggiera soluzione al sublimato, ed ho posto sui genitali, come protezione, un pezzo di cotone idrofilo bagnato in una soluzione di sublimato. Dopo sette giorni dall'atto operativo, ho cominciato quotidianamente a lavare la vagina con un getto di soluzione antisettica, che, penetrando per il foro sinistro vaginale, uscisse in totalità dal destro, e mantenesse così ben tersa tutta la cavità vaginale.

Durante l'operazione ho usato la docciatura continua e di tanto in tanto ho tolto, con forte getto di liquido antisettico, i piccoli coaguli che potevano restare sulle superfici di avvivamento, avanti di stringere i fili.

Osservazione I.

G. M., d'anni 52, si presenta alle consultazioni l'8 agosto 1892. Accusa un forte senso di peso in fondo al corpo, leucorrea giallastra in abbondanza, mizione frequente, stipsi ostinata. Da 5 anni non è più mestruata. I mestrui comparvero a 17 anni e si mantennero sempre regolari. La G. ebbe 9 gravidanze che condusse tutte a termine. I parti furono normali e susseguiti da puerperi fisiologici. Nulla di ereditario; all'esame ginecologico si constata l'utero atrofico in prolasso completo.

La G. ricovera di lì a poco nell'Ospedale (sezione ginecologica), e viene operata il 9 ottobre 1892 di colporafia mediana col processo sopra descritto.

La temperatura dopo l'operazione non ha mai sorpassato i 37.2. I

punti di sutura hanno tenuto tutti benissimo e dopo un mese di degenza all'Ospedale la malata esce perfettamente ristabilita. La guarigione persiste fino ad oggi.

Osservazione II.

G. A., di anni 54, mi viene inviata per farsi operare dal collega dottor Rocca. Da 20 anni è sofferente per prolasso uterino completo. Durante i primi 10 anni beneficiò dell'applicazione di un pessario; ma adesso nulla vale a contenere l'enorme prolasso. I mestrui comparvero a 12 anni e si mantennero sempre regolari, per quanto abbondanti. Da 6 anni le mestruazioni sono cessate. La G. ebbe 9 gravidanze, delle quale 8 condotte a termine; fra queste ve ne fu una gemellare. Una gravidanza terminò con un aborto di 3 mesi. I parti furono normali ed i puerperi fisiologici.

La malata ha tutta la vagina escoriata, per cui sono costretto a riporre il prolasso e mantenerlo mercè tamponi unti con vaselina jodoformizzata. Dopo qualche giorno le condizioni della vagina essendo migliorate, decido di operarla e ciò ha luogo il 30 novembre 1892. Però nell'avvivare i due quadrilateri, essendomi apparsa la superficie di avvivamento molto ischemica e di aspetto poco lodevole, dubitando che i punti non tenessero, aggiungo alla colporafia mediana la colpoperineorafia all'Emmet. Però le mie previsioni non si avverarono; sì i punti della colporafia mediana che quelli della colpoperineorafia tennero completamente e la malata escì, dopo poco più di un mese dal giorno dell'operazione, perfettamente guarita. Il massimo della temperatura raggiunse i 37.5.

Ho avuto occasione di rivedere la G. e fino ad ora il successo non si è punto smentito.

L'operazione della colporafia mediana col metodo da me eseguito, lascia un esteso setto che contiene benissimo l'utero e necessita un numero di punti assai minore di quelli che vengono dati, usando il processo del Neugebauer.

Con questo processo cadono pure le obiezioni fatte alla colporafia mediana dal Terillon, il quale in un articolo pubblicato nel *Bulletin générale de thérapeutique:* « Traitement de la chute de l'utérus » così si esprime:

« Au début de mon séjour à la Salpetrière j'avais appliqué à cette

« affection une autre méthode qui poursuit le même but. C'est l'opéra-
« tions du professeur Le Fort qui consiste à accoler, après avivement
« la face antérieure du vagin avec la face postérieure dans une faible
« étendue. Malheureusement cette opération est difficile à accomplir;
« elle echoue souvent. Un inconvénient capital consiste dans ce fait
« qu'on ne peut faire un affrontement étendu seul nécessaire pour pro-
« duire une cloison résistante, les sutures ne peuvent accoler complè-
« tement les surfaces cruentées, qui ne s'unissent que rarement. Il m'a
« semblé préférable d'abandonner cette opération infidèle pour la rem-
« placer par celle que je viens de décrire et que j'employe depuis plu-
« sieurs années. »

Quanto all'unire la colporafia mediana colla perineorafia, nel secondo caso, io l'ho fatto per garantirmi il successo, visto lo stato poco lodevole del tessuto vaginale. Credo io pure, come il Guzzoni, che ciò sia spesso superfluo: in ogni modo, senza erigere tale condotta a metodo esclusivo, ritengo, che il ginecologo se ne varrà in certi casi, giudicando solo con quanto gli detta la propria esperienza.

Quanto ai casi che vanno scelti per esser passivi della colporafia mediana, sono pure d'accordo col Guzzoni che tale operazione si debba a preferenza eseguire su quelle malate che hanno già raggiunto l'epoca critica, giacchè sarebbe d'impaccio se una gravidanza sopravenisse dopo l'atto operativo e al certo il parto distruggerebbe quanto l'arte aveva creato. Di più nelle donne, in cui la menopausa è già avvenuta, essendo gli appetiti sessuali meno sentiti, i coiti ripetuti non vengono a disturbare i rapporti del setto e meno facilmente l'utero può prolassarsi per uno dei forami laterali.

Non è nemmeno razionale congiungere la colporafia mediana coll'amputazione del collo uterino; giacchè non possiamo così sorvegliare la cicatrizzazione del collo stesso. Nei casi quindi di prolasso complicato a metrite del collo val meglio ricorrere dopo l'amputazione del collo alla colporafia anteriore ed alla colpoperineorafia.

Adunque io penso che la colporafia mediana debba solo eseguirsi in quei casi di prolasso uterino completo, la donna essendo già in piena menopausa e là dove non vi siano lesioni marcate del collo uterino, nè tampoco lesioni degli annessi, giacchè in quest'ultimo caso meglio varrebbe ricorrere alla isterectomia vaginale.

Con questa mia memoria non ho voluto che accennare o meglio descrivere il processo da me eseguito nei due casi di prolasso uterino completo che accettarono volontieri un intervento chirurgico; mi riserbo quindi di far conoscere i resultati remoti di questi due atti operativi, ed i prossimi e remoti degli altri che, per avventura, io potessi eseguire.

Livorno, 1.° marzo 1893.

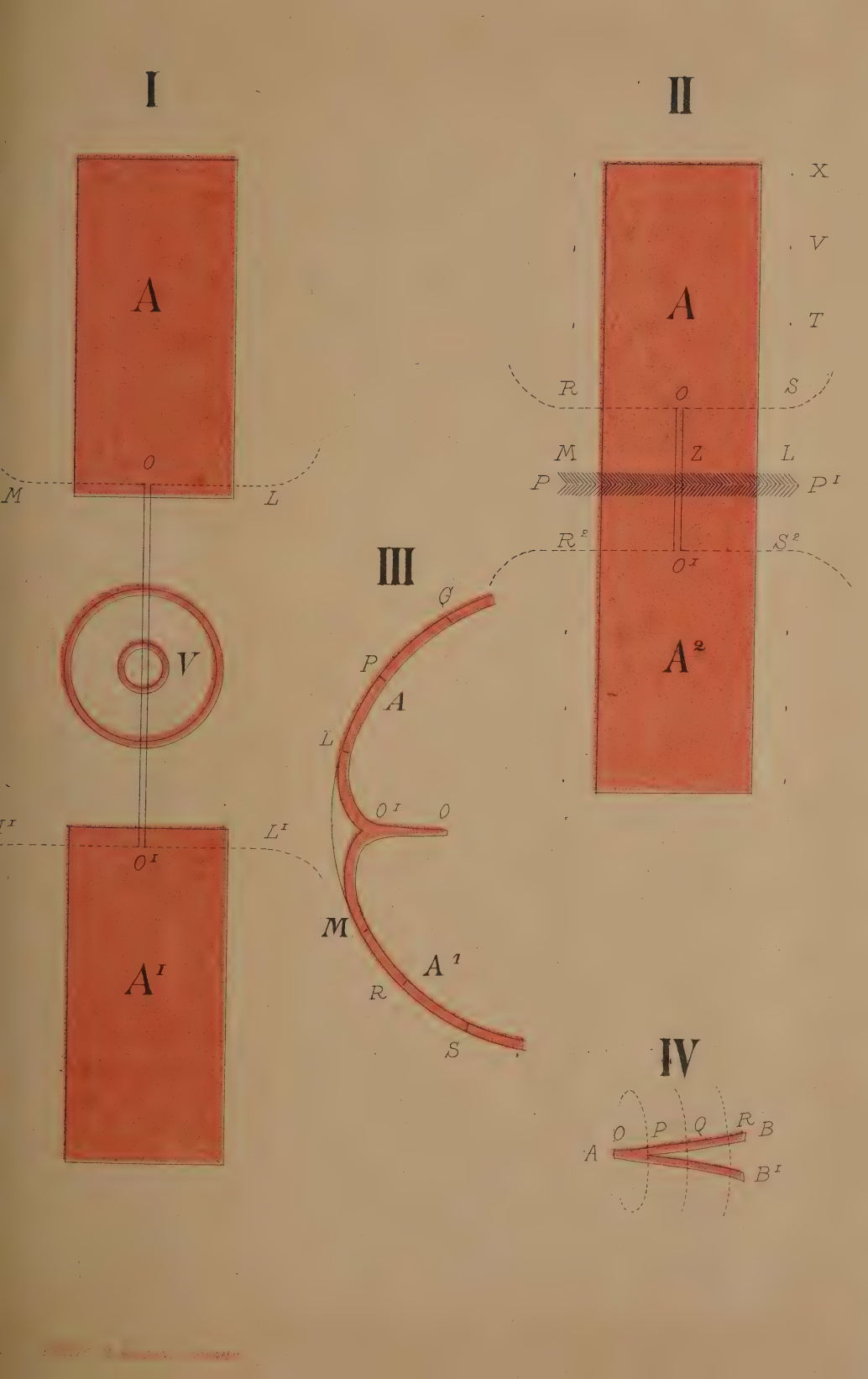
SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

Fig. I. — AA^1. Avvivamenti sui due lati opposti della vagina.
V. Collo dell'utero.
L. Punto d'entrata dell'ago nel primo punto di sutura a sinistra.
M. Idem a destra.
LOO^1L^1. Primo punto di sutura a sinistra (le parti punteggiate indicano il passaggio del filo all'interno.
MOO^1M^1. Idem a destra.

Fig. II. — AA^1. Avvivamenti.
PP^1. Prolasso riintrodotto all'altezza del primo punto di sutura.
MZZL. Primi due punti di sutura, a destra e a sinistra.
ROO^1R^2. SOO^1S^2. Secondi due punti di sutura a destra e a sinistra.
TVX e i punti omologhi a lato dei due avvivamenti, luoghi di entrata e di uscita dell'ago nei seguenti punti di sutura.

Fig. III. — AA^1. Avvivamenti visti in sezione sulla linea mediana e riintrodotti all'altezza del secondo punto di sutura.
OO^1. Primo e secondo punto di sutura.
LM. Terzo punto.
PQRS. Luoghi di uscita e di entrata dell'ago sulla linea mediana degli avvivamenti.

Fig. IV. — *AB* e AB^1. Lati minori inferiori dei due avvivamenti.
O. Primo punto della loro sutura già annodato.
PQR. Secondo, terzo e quarto punto non ancora annodati.


I
A
O
M
L
V
L¹
O¹
A¹
II
X
V
T
A
R
O
S
M
Z
L
P
P¹
R²
S²
O¹
A²
III
Q
P
A
L
O¹
O
M
A¹
R
S
IV
O
P
Q
R
B
A
B¹

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. Luigi Mangiagalli.

Osservazioni anatomo-cliniche-sperimentali sopra i flemmoni pelvici e le ovaro-salpingiti

E SULLA LORO CURA

PEL

Dott. GIUSEPPE GIGLIO

(Continuazione, vedi pag. 416).

OSSERVAZIONI SPERIMENTALI ED ISTOLOGICHE.

Serie Cagne.

Peso medio Kgr. 4 a 5. Alcune cagne si scelgono puerpere, acciocchè si prestino meglio all'esperimento.

I. *a*) *Nella vagina sana.* — Si versano nel canale vaginale, non leso, gr. 2 di pus, raccolto da una glandula, suppurata, d'un bambino.

L'animale non accusa sofferenze per il tempo che rimane in vita. Viene ucciso dopo 12 giorni. Sezione anatomo-istologica negativa.

b) *Nella vagina sana,* si ripete l'esperimento con pus blenorragico. Risultato negativo.

II. *a*) *Nella vagina lesa.* — Si producono delle perdite di sostanza sulla mucosa vaginale, quindi si versano lungo il canale vaginale parecchi grammi di pus, preso da un ascesso.

Dopo 24 ore si ha tumefazione dei genitali esterni e scolo vaginale purulento. Dopo 8 giorni scompare spontaneamente la tumefazione dei tessuti e lo scolo si riduce al minimum.

Si sacrifica l'animale dopo 15 giorni. Sezione anatomica. Iperemia della mucosa vaginale, nessuna alterazione, apparente, negli organi genitali interni e negli annessi. Altri organi sani.

b) *Nello spessore dei tessuti vaginali e sulla superficie, dopo raschiata la mucosa.* — Per mezzo d'una siringa di Pravaz, si inoculano

nello spessore della mucosa vaginale, gr. 4 di pus blenorragico, una parte se ne versa in superficie (diluizione in acqua distillata). Si provoca modica reazione, tumefazione dei genitali esterni, secrezione mucosa-purulenta giallastra.

Si uccide dopo 15 giorni. Si trova: Discreta iperemia della mucosa vaginale, arrossamento della porzione vaginale del collo dell'utero. Designati marcatamente i vasi dei legamenti larghi, iperemia nei tessuti paraovarici. Nulla di rilevante nel corpo dell'utero, nei corni uterini e nelle trombe.

Osservazione istologica. — 1.° stadio d'infiammazione nella mucosa vaginale, nel collo dell'utero e negli annessi. I vasi arteriosi e venosi in queste parti sono molto ripieni di sangue, è aumentato il numero dei globuli bianchi in rapporto ai rossi. Le pareti vasali non presentano alterazioni.

L'epitelio della mucosa vaginale in qualche posto è caduto. Nella mucosa si nota qua e là infiltrazione parvicellulare. Nessuna alterazione ancora nel tessuto muscolare.

Sulla porzione vaginale del collo dell'utero si trova di tratto in tratto eroso l'epitelio nelle parti più scoverte, conservato bene negli infossamenti, o infundibuli, che si scavano nello spessore della mucosa cervicale.

La disposizione anatomica della mucosa, nella porzione vaginale del collo, è alquanto più complessa di quella della specie umana. La superficie è molto frastagliata; vi si notano delle anfrattuosità o dei saliscendi, che danno luogo alla formazione di tanti infundibuli, che si aprono all'esterno, e che servono di ricettacolo al seme fecondante. La superficie resta, per questa disposizione, addirittura centuplicata, in rapporto a quella della donna.

Tutta la superficie ed i cul di sacchi degli infundibuli sono rivestiti di epitelio cilindrico vibratile.

Ho voluto entrare nella parte anatomica per far vedere, che, in questi animali la ricezione dell'agente infettivo nell'utero, dovrebbe essere più facile, che nella donna, perchè ogni infundibulo è un ricettacolo. Intanto non è stato così, perchè, negli avvallamenti o meglio nel cul di sacco di questi infundibuli, l'epitelio non ha subìto guasti.

I vasi sono ripieni di sangue, anche i capillari si vede che non possono contenerne oltre. Gli elementi cellulari della mucosa non sono punto alterati, però comincia in mezzo a loro ad infiltrarsi l'elemento linfoide.

Corpo dell'utero. — Non ha risentito alcuna influenza dei fatti accennati.

Corni uterini. — Idem.

Legamenti larghi, ovaie e trombe non danno accenno che ad uno stato di iperemia moderata.

c) *Nella vagina, dopo raschiata la mucosa col cucchiaio.* — Si inocula un gr. di coltura pura in brodo di bacillus piocianus. L'animale, operato il 22 marzo, viene ucciso il 17 aprile.

Sezione anatomica negativa.

d) *Nella vagina, lesionando la mucosa dei fornici vaginali e la porzione vaginale del collo.* — S'inoculano nella cavità vaginale gr. 2 di coltura pura, in brodo, di bacillus piocianus viridicus.

L'animale perde l'appetito, ma nessuna reazione si nota nei genitali esterni. Animale ucciso dopo 10 giorni.

Sezione anatomica. — Cavità addomino-pelvica libera, peritoneo viscerale normale; nel tessuto cellulo-adiposo pelvico nulla di rimarchevole. Legamenti larghi opacati, un poco ispessiti, loro vasi congestionati. Sierosa peritoneale, che riveste il pavimento pelvico e gli organi contenuti nella pelvi, arborizzata, organi genitali interni ingrossati.

Spaccata la vagina, l'utero e gli annessi si trova:

Mucosa vaginale, di colorito rosso pavonazzo, con chiazze nerastre, mucosa del collo uterino tumida, arrossata, non così quella del corpo e dei corni uterini. Nelle trombe e nelle ovaie nulla si scorge macroscopicamente.

Esame istologico. — Nessuna alterazione istologica importante. Rigonfiamento dei tessuti per imbibizione, dipendente dal disturbato circolo sanguigno. Uno stato catarrale si è iniziato nelle trombe, segnato dalla iperemia e dalla desquamazione di epitelio qua e là notata. Nella sola vagina, ove erano state prodotte artificialmente le lesioni, si trova:

Stasi e migrazione di globuli sanguigni, che si disperdono attorno i vasi, nei tessuti vicini, zone di infiltrazione parvicellulare.

III. *Nel collo dell'utero e nel cul di sacco vaginale.* — Laparotomia. Aperta la cavità addominale colle regole di antisepsi e asepsi, s'inocula 1/4 di gr. di pus, proveniente da una adenite del collo, tanto nello spessore della porzione vaginale del collo, quanto nello spessore del cul di sacco vaginale.

L'animale muore dopo 25 giorni, sensibilmente dimagrato.

Sezione anatomica. — Peritoneo e massa epiploica iperemizzati. Organi genitali interni rigonfiati tanto, da raggiungere tre volte la dimensione ordinaria. Il processo infiammatorio acuto è accusato da tutti gli organi genitali e tessuti pelvici, dove più e dove meno. Però è più accentuato sul sito della inoculazione (collo dell'utero e cul di sacco vaginale) ai lati del canale vaginale, nei tessuti, che lo costeggiano, nei corni uterini, al punto di sbocco nella salpinge, nel legamento largo di destra, in vicinanza al punto di unione del corno colla tromba e lungo il tragitto della arteria utero-ovarica, che attraversa il legamento largo, meno intenso nelle altre parti (Fig. I).

Il grosso tronco arterioso (*auo*), che, percorrendo il legamento largo,

viene a gettarsi, da una parte, nella regione ovaro-tubarica (cagne e conigli) lasciando, lungo il tragitto, 10 o 12 rami secondari, che si distribuiscono a tutto il corno uterino corrispondente, ed altri, che si disperdono nel legamento stesso; e dall'altra parte, costeggiando il canale vaginale, nella pelvi, distribuisce rami ai tessuti perivaginali, perirettali e perivescicali, è talmente turgido e ripieno di sangue, che prende già dimensioni superiori alla arteria utero-ovarica nella donna. Lungo il tragitto di questo vaso, nel legamento largo di destra, prima ancora che sbocchi nella regione ovarica-tubarica, si nota un ascesso, della grandezza d'una mandorla (*as*), sorto nello spessore del legamento, le cui pareti sono erose in parecchi punti. I legamenti sono notevolmente ispessiti ed hanno perduto la loro lucentezza. Sulla sierosa, che riveste il pavimento pelvico, lo spazio vescico uterino e il Douglas, si notano delle piccole chiazze emorragiche. Il tessuto cellulo-adiposo pelvico è rigonfio, presenta delle piccole emorragie. Le glandule linfatiche della pelvi sono ipertrofiche. Spaccati i vari organi, si può apprezzare lo spessore, che hanno acquistato i vari tessuti. Basta dire che il corno uterino (*cu i*) raggiunge le dimensioni d' un pollice, mentre ordinariamente nelle cagne è dello spessore segnato nella fig.... La mucosa di esso supera in spessore la parete muscolare, la quale, alla sua volta, è il doppio dell'ordinario. Vi si trova alla superficie pus e sangue raccolto, e raschiandola col coltello si trasporta una poltiglia cremosa.

Sulla superficie interna della salpinge questi fatti sono meno accentuati. L'ovaio è evidentemente doppio in volume, e delle chiazze emorragiche si trovano anche nella superficie di sezione.

Il corpo dell'utero non è esente di alterazioni (*u*). La sua mucosa, sebbene infiammata, non ha però subìto le modificazioni di quella del corno. La mucosa della vagina è arrossata, iperemica. In corrispondenza del cul di sacco vi hanno chemosi e chiazze emorragiche. La portio-vaginalis è ipertrofica, la mucosa cervicale tumefatta, arrossata la superficie del collo. Osservando attentamente il pezzo anatomico si può esattamente seguire il cammino, che ha tenuto l' elemento flogogeno. L'inoculazione fu praticata nel cul di sacco vaginale e nella porzione vaginale del collo. Essa agì prima sulla località, determinando le alterazioni, or ora mentovate; di là si propagò ai tessuti perivaginali, nel Douglas, nello spazio vescico-uterino; prese quindi la via dei legamenti larghi, e per mezzo del grosso tronco utero-ovarico giunse in quella saccoccia, che contiene l' ovaio e che funziona di salpinge nelle cagne. Qui veramente le alterazioni non sono così gravi, come nella porzione finale del corno, perchè la cagna, essendo puerpera, aveva la mucosa nei corni uterini più suscettibile ad infiammarsi. Ma l'intensità della infiammazione va decrescendo mano mano nel corno uterino stesso, e si riduce al minimum nel corpo dell' utero.

Io non saprei collegare diversamente i fatti, giacchè, se l' elemento flogogeno avesse preso la via dell' utero, avremmo dovuto trovare un crescendo dalla vagina, al collo, al corpo dell'utero e così via.

Esame istologico. — Mi risparmio la descrizione minuta, poichè si trovano ripetute altrove le stesse alterazioni.

IV. *Nel corpo dell'utero a tessuti integri.* — Laparotomia. Inoculazione, per mezzo della siringa di Pravaz attraversando coll' ago lo spessore delle pareti, di 1[2 gr. di coltura pura, in brodo, di streptococco piogeno. Animali uccisi dopo 21 e 27 giorni.

Sezione anatomica. — Nulla nella cavità addominale. Utero ed annessi di grandezza normale. Iperemico il rivestimento sieroso dell'utero e degli annessi. Nulla di speciale nelle mucose e nello spessore dei tessuti muscolari. Nessuna alterazione nella pelvi.

Esame istologico negativo.

V. *Nei grossi vasi, arteriosi e venosi, utero-ovarici.* — Laparotomia. Si inocula nei tronchi principali venosi od arteriosi della coltura pura di streptococco piogeno. Quando si limita la quantità a poche gocce, l' animale non risente alcun male. Quando si eleva la dose, accusa dei disburbi, riferibili a temperatura e nutrizione; ed alla sezione fatta, dopo ucciso l'animale, si rimarca la congestione dei vasi dei legamenti larghi e della pelvi. Le inoculazioni praticate con pus d'ascessi, nella quantità di poche gocce, determinarono quasi sempre la morte per setticemia. Gli animali vissero pochi giorni.

Esame istologico degli organi genitali, negativo o poco importante, quando si adoperarono le colture pure. Dei casi di morte per setticemia non ho tenuto conto, perchè in tutti gli organi ugualmente si trovarono le alterazioni proprie al processo infettivo generale.

VI. *Nei corni dell'utero.* — Laparotomia. Si lega il corno uterino, in modo che venga intercettato il condotto, e si inocula 1 gr. di coltura pura, in brodo, di streptococco piogeno, dalla parte periferica, spingendo il liquido verso la tromba corrispondente. Questo allo scopo di far dimorare più a lungo l'elemento infettante, per spiegare tutta la sua azione. Si mantiene l'animale in vita dal 4 maggio al 12 luglio.

Ucciso si trova: il corno uterino interessato, ingrossato, quasi il doppio dell'altro, specialmente la parte attaccata. La mucosa di esso molto tumefatta. La tromba corrispondente non lascia vedere ad occhio nudo alterazione di sorta. Il legamento largo dello stesso lato, opacato ed iperemico. Gli stessi organi dell'altro lato normali. Il corpo dell'utero, la vagina e la pelvi non sono alterati.

Esame istologico. — I tagli praticati, nel corno leso, offrono le seguenti alterazioni (Fig. IX):

La sierosa ed il connettivo sottostante sono infiltrati di goccioline adipose. Il connettivo attorno i vasi, ed in mezzo al tessuto muscolare

è notevolmente aumentato. Tra lo strato muscolare interno e l'esterno, in due punti simmetrici, decorrono due gruppi di vasi di diverso calibro, i quali hanno speciali caratteri. Essi sono ripieni completamente di sangue alterato. I globuli sanguigni hanno perduto la loro forma, si sono fusi, o disgregati per dar luogo ad una sostanza verdastra, finamente granulosa (*v. e. i.*).

Questa sostanza infiltra (in parecchi di essi), la tunica media ed esterna, o tutte e tre contemporaneamente, dissociando spesso le fibre, o ricovrendole addirittura. Per modo che, invece dei tre strati distinti, si presenta una zona verdastra uniforme e granulosa. Questa sostanza è identica a quella, che si riscontra dentro il vase, ed anche nelle guaine perivasali, però, dentro il vase, sopravvive ancora qualche globulo rosso. In qualche preparato tra le fibre sono interpolate quantità di granuli incolori e splendenti. I nuclei dell'endotelio vasale sono moltiplicati e vivamente colorati. Tutta l'intima è molte volte rigonfia (per imbibizione) ed il vaso che ha l'intima rigonfia e le altre tuniche ispessite, presenta un lume molto piccolo. Nelle grosse vene si ripete il fenomeno, ma l'endotelio in esse è molto meglio conservato. A mio credere si tratta di emorragie interstiziali nei vasi. Alterata la crasi sanguigna, alterata la parete vasale, il sangue ha trovato la facilità di penetrare nello spessore delle pareti, donde si è versato anche fuori, senza bisogno di aspettare rottura del vase, però il corpuscolo sanguigno è degenerato e disfatto. La infiammazione dei tessuti del vase, in unione all'infiltrazione sanguigna ed alla imbibizione di liquido sieroso, rende questi tubi enormemente turgidi.

La mucosa del corno uterino ha dei tratti profondamente degenerati, per cui si colora male o niente affatto. I singoli elementi, in questi siti lasciano vedere il solo nucleo, oppure il nucleo in mezzo ad un protoplasma molto granuloso, dove cominciano a formarsi piccolissime goccioline splendenti, che qua e là si vanno fondendo, per dar luogo a vere gocciole grassose. Taluni tratti di mucosa sono sostituiti da una sostanza indeterminata, che non si colora.

Il connettivo fibrillare della mucosa e periglandulare è in proliferazione. L'epitelio di rivestimento della superficie mucosa è quasi tutto caduto, e manca anche per un tratto nei condotti glandulari, in quella parte, vicina allo sbocco. Andando oltre la devastazione sarebbe pervenuta nel cul di sacco glandulare. Nella tromba, nell'ovaia, nel legamento largo, dello stesso lato del corno ammalato, si rilevano fenomeni congestivi nei vasi e catarrali nella mucosa della tromba. Nel corpo dell'utero e nella vagina nessuna alterazione.

VII. *Nello spazio vescico-uterino, e nello spazio di Retzius.* — Laparotomia. Inoculazione d'un quarto di grammo o di mezzo grammo di coltura pura, in brodo, del bacillus piocianus, o di pus di adenite sup-

purata. La iniezione è praticata molto superficialmente, l'ago della siringa di Pravaz, viene infisso appena al disotto della sierosa peritoneale.

Gli animali vengono sacrificati dopo 30 giorni circa.

Nel 1.° ordine di esperienze, si rinviene peritonite circoscritta, intorno al punto inoculato, essudati tenui nello spazio vescico-uterino, o meglio, fimbrie sottili di fibrina, che legano l'utero e la vescica — iperemia della sierosa vescicale e degli altri organi pelvici. Il connettivo perivescicale ed il tessuto cellulo-adiposo, retropubico, non sono molto infiammati, solo vi si notano ramificazioni vasali molto iniettati. I legamenti larghi, opacati e leggermente ispessiti, presentano i vasi modicamente congestionati.

Nel 2.° ordine di esperienze la peritonite non si trova circoscritta, ma si diffonde al peritoneo viscerale, e si hanno aderenze intestinali ed epiploiche, ed una volta ulcerazione intestinale. L'esame istologico dei pezzi anatomici non mostra alterazioni importanti. I legamenti larghi, sono opacati ed iperemici, perchè partecipano alla infiammazione del peritoneo pelvico.

VIII. *Inoculazioni profonde nella pelvi, nel tessuto cellulo adiposo perivescicale, perivaginale e periuterino, nel connettivo pelvico in genere.* — Laparotomia mediana. Iniezione di 1[4 di grammo a 1[2 grammo di coltura pura, in brodo, di bacillus piocianus o di streptococcus piogenus, attenuata da 12 giorni, o di pus, di adeniti suppurate.

Le colture, ora danno risultati completamente negativi, ora fenomeni flogistici leggieri e passeggieri.

L'inoculazione di pus da quasi sempre infiammazione grave.

Gli animali vengono uccisi dopo 30 e dopo 60 giorni, e mentre la sezione anatomica è negativa o poco importante nei primi, negli altri dà questi risultati: connettivo, nelle vicinanze della vagina, della vescica, e del retto, notevolmente rigonfio; emorragie sparse qua e là, più o meno vaste, vasi e tessuto muscolare, profondamente alterati, glandule linfatiche profonde della pelvi ingrossate, superano del doppio la grandezza normale. Organi genitali interni tumefatti, iperemiche le sierose, che le rivestono, opacati i legamenti larghi, carichi di grasso, iniettati i vasi, che vi scorrono.

Esame istologico. — I preparati microscopici, fatti sopra pezzi di connettivo pelvico, fecero notare a preferenza delle alterazioni riguardanti i vasi.

In un taglio, si vede un gruppo di vasi, in sezione trasversale, cioè una arteria ed una vena di grosso calibro, con due tronchi venosi secondari.

Il vaso arterioso principale non presenta alterazioni nella tunica media, l'intima però è un poco tumida, perchè si solleva molto più dell'ordinario e forma spesso delle pieghettature, una specie di S ripetuta. È attaccata allo strato sottostante e porta il suo endotelio ben colorato,

è con molta ricchezza di nuclei. Della tunica esterna, la parte più interna, non offre alterazioni, la parte più esterna è molto lasca, le fibre sono dissociate, allontanate tra di loro, sono più grosse delle altre, i nuclei sono moltiplicati e negli strati più esterni vi si comincia a notare l'infiltrazione di cellule rotonde, la quale va crescendo verso l'esterno e diventa ricca nel connettivo perivasale, ove esistono vere zone d'infiltrazione parvicellulare.

Gli altri vasi compagni e di calibro più piccolo, presentano evidentemente infiammate le loro pareti, perchè vi si nota soverchia ricchezza di nuclei nella muscolare e nell'endotelio, oltre all'infiltrazione linfoide perivasale. Il sangue, contenuto nei vasi, è disfatto e di esso non rimane che un ammasso granuloso.

Di più importante, in questo gruppo di vasi, è a notare, lo spessore esagerato, che hanno acquistato le pareti; spessezza, che è dovuta a tutti i tre strati, ma più alla muscolare. Uno dei più piccoli di questo gruppo presenta di speciale un contenuto organizzato. Vi si scorge nello interno un tessuto formato di fibro-cellule, con nuclei grossi ed allungati, che s'intrecciano tra di loro; delle cellule isolate, a grosso nucleo allungato vi stanno in mezzo, e qualche cellula fusata manda già due prolungamenti ai due poli, che si vanno ad anastomizzare con altre della stessa specie. Questo tessuto, che si va organizzando, rimane al centro del vase e si mette in rapporto colla faccia interna della stessa, per mezzo d'uno intreccio di fibrille delicatissime (Fig. XI).

Evidentemente avrà subìto un raggrinzamento, perchè la parte più compatta del tessuto si è raccolta verso la parte centrale del vase, discostandosi dalla parete, alla quale vi rimane legata per quelle fibrille sopradescritte. I tagli, fatti in altri punti del connettivo pelvico, mostrano un altro vaso, incompletamente trombosato e lacerato (Fig. IV).

La parete del vase è molto spessa. Ricco di nuclei lo strato muscolare (*t m*). Questo, in dati punti, mostra una rottura completa, irregolare. I due capi, risultanti dalla frattura, sono allontanati tra di loro. L'intima, in corrispondenza a questo punto, ha subìto la stessa sorte; mentre nel rimanente circuito del vase vi resta attaccata, sebbene sia tumida e formi molte pieghettature. In qualche preparato, sullo stesso punto di alterazione, che descrivo, essa è distaccata dalla muscolare e fluttuante nel lume vasale (*i d*).

L'avventizia, in corrispondenza della frattura, non si ruppe (*a s*), ma cedette alla pressione del sangue, che, dalla nuova via apertasi, tendeva a versarsi, per cui la troviamo spinta all'esterno, e le fibre della stessa sono dissociate dalla presenza di globuli sanguigni, che vi s'infiltrano, formando tante lagune, ripiene di sangue. Il sangue ha infiltrato, non solo questa parte della avventizia, corrispondente alla frattura, ma anche per 2|3 intorno al vase, ove non si nota discontinuità (*a i s*).

Questo fatto meccanico è accompagnato dalla infiammazione degli elementi, che compongono la tunica esterna, perchè le ricche zone di cellule rotonde, che contornano le lagune, formatesi per la penetrazione del sangue ed un reticolo fibrinoso, in mezzo a cui giaciono corpuscoli bianchi e rossi, più o meno alterati (*a i*), ci avvisano. Dal sito della frattura (*r*) parte poi una massa fibrinosa, che si spinge verso l'interno del vase, e raggiunge il centro del lume, prendendo, così come si vede in sezione, la forma d'una fronda, con maglie sottilissime, che impigliano una quantità di globuli bianchi e rossi, di cui taluni intatti, altri raggrinzati e rotti, molti granuli di globuli disfatti (*f*).

Gran parte del lume vasale è riempito di detritus di sangue (*s d*). Parte del lume resta ancora pervio al circolo, ed in alcune sezioni più, in altre meno. In taluni preparati, in corrispondenza della rottura della muscolare, si vedono i due capi della frattura rimanere ancora vincolati da brandelli di avventizia.

La muscolare qui mostra qualche cosa di speciale. Le fibre od i fasci di fibre, che la formano, invece di essere addossati, in modo da formare un tessuto compatto, sono dissociati e rigonfi, perchè invasi da edema infiammatorio.

Lo stesso si può dire della avventizia e dell' intima in taluni tagli dello stesso vase. L'endotelio vasale spesso è occultato, per imbibizione di materia colorante del sangue, qua e là depositato.

Proseguendo i tagli dello stesso vase, s' incontra un punto, in cui le pareti resistettero alla pressione endovasale, o meglio cedettero, senza rompersi completamente.

Difatti, in un punto solo della sezione trasversa del vase, si trova un diverticolo (Fig. VIII *d*), una specie di insenatura, la cui parete è formata dall'avventizia, edematosa, e dalla muscolare, che nella parte più esterna è sfiancata, e nella porzione più interna lacerata. L' intima in questo punto è scollata, rotta e ripiegata sopra se stessa.

È chiaro che in questo caso la dilatazione e la rottura non sono fatti istantanei.

Per l'alterazione subita dalle pareti e per la pressione cresciuta del sangue, il vase venne mano mano cedendo, opponendo quella resistenza, che era posseduta dai suoi elementi. Infatti la lacerazione è parziale, mentre in altro preparato (Fig. IV) la rottura è totale o quasi.

Non v' ha dubbio di poi, che la causa abbia agito dall' interno all' esterno, avendo trovato l'avventizia ininterrotta.

In altri tagli dello stesso vase, il lume è vuoto, e le pareti non sono molto alterate.

È facile supporre che la rottura del vase abbia impedito, che il sangue giungesse nella parte più periferica dello stesso.

La trombosi, essendo incompleta, poteva lasciar passare una parte

della corrente sanguigna. Volendo discutere più minutamente l'alterazione di questo vase, si potrebbe domandare, se le alterazioni, in esso riscontrate, fossero primitive o secondarie alla rottura vasale. È importante assodare questo dubbio, trattandosi di alterazioni sperimentali, e non di malattie spontanee.

Io, appoggiandomi sulle alterazioni vasali, riscontrate ad ogni passo, non ho ragione di negare, che anche questo tronco fosse primitivamente alterato e profondamente alterato. Certamente, dopo la rottura, i fatti infiammatori sono aumentati. L'edema, l'infiltrazione parvicellulare, la proliferazione dell'endotelio, potranno benissimo essere fenomeni secondari. I grossi vasi hanno sofferto meno dei medi e dei piccoli.

In essi vi ha la rigidità delle pareti, accompagnata dallo spessore enorme, che hanno acquistato, per cui, tagliando un vase per trasverso, il lume resta beante e lo spessore della parete, paragonato a quello d'un vase normale, appare raddoppiato (Fig. VI). Nessun dubbio che i grossi vasi siano sclerosati.

Vagina. — Nessuna alterazione importante.

La mucosa, le glandule mucipare, il tessuto muscolare, appaiono normali. L'epitelio piatto, che riveste la mucosa, non è alterato, però, in taluni punti, offre parecchi strati sovrapposti, in altri, due strati soltanto, in altri, manca del tutto. I vasi sono ripieni di sangue.

Collo dell'utero. — Nulla di rilevante. Le anfrattuosità od infossamenti infundibulari sono completamente rivestiti di epitelio cilindrico, disposto ordinariamente a doppio ordine; però in qualche parte l'elemento cilindrico si è appiattito o tende ad accorciarsi, e si è moltiplicato.

Gli elementi fissi del connettivo della mucosa, negli strati più superficiali, sono più numerosi dell'ordinario, e questa ricchezza va decrescendo mano mano, che ci trasportiamo verso gli strati profondi.

I vasi sono ricchi di sangue.

Corpo dell'utero. — Nulla di anormale. I vasi, come altrove, sono carichi di sangue.

Corno uterino. — Normale. Altro non vi ha di speciale, che i vasi di piccolo calibro presentano l'intima rigonfia, almeno più visibile dell'ordinario, con un'endotelio ricco di nuclei, ben colorati. I vasi in genere sono congesti, rigurgitanti di sangue, ed i globuli bianchi sono ammucchiati in un punto solo, invece d'essere sparsi.

Trombe. — Si possono ritenere quasi normali, perchè l'epitelio solo è caduto in qualche punto.

Ovaia. — Offrono congestione vasale ed alterazione evidente dei globuli sanguigni, contenuti dentro i vasi, i quali sono pallidi, raggrinzati, disfatti taluni, altri in dissoluzione. Le vene sono infiammate, ed in vicinanza dei vasi arteriosi e venosi, comincia a farsi notare qualche zona d'infiltrazione parvicellulare.

Legamenti larghi ed organi linfatici. — Si ripetono le alterazioni del sangue e dei vasi. Le fibre muscolari sono ipertrofizzate, il connettivo è in aumento. Molto evidente il reticolo linfatico, e molto ingrossate le glandule, perchè partecipano chiaramente alla flogosi generale della pelvi. Delle glandule linfatiche talune raggiungono dimensioni doppie e triple del normale (Fig. VII). Il loro accrescimento è maggiore nel senso della lunghezza, anzichè nel diametro trasverso. In misura qualche glandula ha raggiunto 1 cent. e forse più nella lunghezza e 1/2 nella larghezza.

Osservando i tagli di queste glandule infiammate, si vede che il tessuto fondamentale di esse, in molti punti, è ancora normale; in altri è invaso da ammassi di cellule linfoidi. La trama fibrosa, che dalla capsula si avanza verso l'interno, per formare i sepimenti connettivali, o il reticolo glandulare, è infiltrata di cellule rotonde migrate. I vasi, che penetrano per queste vie, hanno pareti rigonfie e spesse.

IX. *Nei legamenti larghi.* — *a) Laparotomia.* Inoculazione di 1 gr. di coltura mista nello spessore dei legamenti larghi. L'animale si mantiene in vita dal 10 al 29 aprile.

Sezione anatomica. — Ferita addominale in suppurazione. Aderenze salde fra l'intestino, la vescica e l'utero. Iniettati i vasi dei legamenti larghi e dei tessuti pelvici. Tumefatte le glandule linfatiche dei legamenti e della pelvi.

b) Laparotomia. — Inoculazione di 1 gr. di coltura pura di streptococco piogeno, nello spessore dei legamenti larghi. Ucciso l'animale, dopo 15 giorni, si trova: ferita addominale completamente aderita. La vescica ed un'ansa intestinale aderiscono alla faccia profonda della ferita. Nella cavità addominale e in vicinanza dell'utero si trova del liquido sieroso libero. Il peritoneo presenta ben designata l'arborizzazione dei piccoli vasi, i quali sono anche iniettati sulla sierosa delle anse intestinali vicine. La vagina, la vescica e l'utero sono iperemizzati, ma non alterati. I legamenti larghi hanno perduto la loro lucentezza e sono anche ingrossati e carichi di grasso. Dei fenomeni infiammatori evidenti si notano nell'ovaio e nei tessuti paraovarici.

c) Laparotomia. — Inoculazione di 1 gr. di coltura mista. L'animale dal 14 maggio, viene ucciso l'11 luglio. Di speciale si nota una piccola raccolta cistica, a contenuto sieroso, trasparente, nella regione ovarica sinistra. Le alterazioni vasali, che a preferenza si riscontrano, non sono che ripetizione.

d) Laparotomia. — S'inocula 1 gr. di pus fresco, in entrambi i legamenti larghi.

Operato l'animale il 3 settembre è morto dopo 3 giorni.

Sezionato si trova: una falda di epiplon, aderente alla faccia profonda della ferita, sparso alla superficie di essudati fibrinosi. Peritoneo

iniettato, solamente in vicinanza al campo operatorio. Due piccoli ascessi, della grandezza di un centesimo, si sollevano nei due legamenti larghi.

Il peritoneo pelvico, specialmente in corrispondenza della borsa utero-rettale, è fortemente infiammato e di colorito pavonazzo. Non vi hanno essudati.

Il corpo dell' utero, i corni uterini, le trombe, gli ovai, sono fortemente iniettati alla superficie esterna.

I corni uterini e le trombe ingrossati, tumida la loro mucosa. Iperplastiche le glandule linfatiche. Tralascio l'esame istologico per evitare ripetizioni.

Le alterazioni infiammatorie, qui riscontrate, si ripetono anche in altre esperienze.

Ho da fare osservare piuttosto, che per la sottigliezza dei legamenti, si bisogna essere molto cauti e parchi nella inoculazione del liquido settico, perchè una goccia, caduta nel peritoneo, manda a monte l'esperienza, per peritoniti settiche, che si suscitano rapidamente. Molti animali sono morti per questa ragione e non ho potuto di essi tenere alcun calcolo.

X. *Nello spazio del Douglas.* — Laparotomia. Inoculazione di coltura pura, in brodo, del bacillus piocianus (recentissima).

Ucciso l'animale dopo 12 giorni, si trova: peritoneo iperemico. Nello spazio del Douglas circa 10 gr. di pus misto a siero.

I due corni uterini aderenti al peritoneo. Il corno destro (Fig. XI), col legamento largo corrispondente, formano una specie di saccoccia rotonda (*l l i*), sparsa alla superficie di essudati fibrinosi. Dall'angolo di divisione, lasciato dai corni uterini, parte una saccoccia ascessuale, a pareti molto spesse, che discende in basso, verso il Douglas, e che resta formata di essudati fibrinosi, e di pus (*m e*).

Il legamento largo di destra ha contratto anche delle aderenze col fondo della vescica, che furono distaccate, per rendere più nitida la figura. Il legamento largo sinistro ha contratto invece aderenze col sacco ascessuale, descritto.

Le glandule linfatiche dei legamenti larghi e della pelvi sono ingrossate. I vasi turgidi, tortuosi, ripieni di sangue, e qualcuno trombosato. Nel connettivo pelvico retrouterino si osservano chiazze emorragiche, ed emorragie puntiformi.

La vagina (*v u*) e l'utero (*u n*) presentano la superficie interna (mucosa) poco tumida e leggermente iperemica.

La mucosa dei corni uterini e delle trombe non offre che una leggiera iperemia.

Esame istologico. — Risparmio le ripetizioni e tralascio le alterazioni di poco conto.

I tagli fatti sulla saccoccia ascessuale fanno vedere una specie di

parete, formata da strati di fibrina sovrapposti e quasi concentricamente disposti. Nel centro di questa si raccoglie gran quantità di corpuscoli purulenti e detriti.

Le alterazioni, che generalmente subirono i legamenti larghi nelle diverse esperienze, si possono compendiare in poche parole:

Opacamento della superficie sierosa, ingrossamento dei vari tessuti, congestione dei vasi, accumulo di grasso, iperplasia delle glandule linfatiche, suppurazione qualche volta.

L'esame istologico notò: fasci di fibre elastiche, notevolmente ipertrofizzati, esagerato lo sviluppo del connettivo.

Proliferazione delle cellule fisse ed infiltrazione parvicellulare, lungo i sepimenti fibrosi del tessuto lasco. Emorragie interstiziali in questo tessuto lacunare e qualche grande focolaio emorragico.

I vasi, rigidi, con pareti molto spesse per ingrossamento delle diverse tuniche e riduzione del lume vasale.

Il sistema linfatico, molto appariscente; dilatati enormemente i vasi linfatici, per forte stasi linfatica; grande iperattività nelle glandule, ove si notano ricche isole di corpuscoli linfoidi, fortemente colorati, molto sviluppate le trabecole connettivali, assai spesse le pareti dei vasi, che le nutriscono.

XI. *a) Nelle trombe e nei tessuti paraovarici.* — Laparotomia. Inoculazione d'un grammo di coltura mista riattivata, nella tromba sinistra e nei tessuti, che la circondano.

L'animale muore dopo 8 giorni e si trova: Peritonite diffusa. Tenui aderenze tra la vescica, l'epiplon e qualche ansa intestinale.

Corpo dell'utero e corni uterini ingrossati, il doppio, e forse più, del normale. I corni sono d'aspetto biancastro, con rigonfiamenti nodosi a rosario. Ciascuno di questi nodi inciso, mette fuori del materiale purulento e cremoso.

La mucosa del corpo dell'utero è arrossata e tumida. Quella dei corni ha perduto le sue ripiegature, è biancastra, flaccida, ricoperta di materiale purulento (riconosciuto tale al microscopio).

Le alterazioni istologiche dei corni uterini si riferiscono alla mucosa e alle glandule a preferenza, in parte anche alla parete muscolare, come vedremo.

Trombe ingrossate, iniettate di unita ai tessuti, che vi stanno intorno ed all'ovaio, che è anch'esso infiammato.

I vasi utero-ovarici e pelvici sono fortemente iniettati. La sierosa che riveste tutti gli organi e tessuti pelvici, compresi gli annessi uterini, è opacata ed iniettata.

La vagina non offre alcun che di speciale nella mucosa e negli altri strati.

La vescica è contratta ed iperemica.

b) *Nelle trombe.* — Laparotomia. Inoculazione nella tromba sinistra di un grammo di coltura, ricavata da altra cagna in esperimento.

Operata al 21 luglio, viene uccisa all' 11 agosto (1).

Apparentemente non si scorgono alterazioni gravi, però gli organi genitali sono molto rigonfi, le sierose di rivestimento molto iniettate; il peritoneo pelvico iperemico.

Le mucose dei vari organi sono tumide ed iperemiche, quella dei corni uterini a preferenza.

c) *Nelle trombe.* — Laparotomia. Inoculazione d' un grammo di pus, raccolto da un'ascesso al collo.

L'animale, dopo l' inoculazione, si è cibato sempre poco ed è dimagrato considerevolmente. La ferita addominale è suppurata.

Ucciso dopo 5 giorni, perchè presso a morire, si trova: necrosati i bordi della ferita e suppuranti. Peritonite diffusa. Segni evidenti di infezione generale. Legamenti larghi ispessiti, hanno perduto la lucentezza ordinaria. Vasi congestionati. Tessuti paraovarici fortemente infiammati con piccoli ascessi puntiformi. Una chiazza grigiastra, con essudati purulenti, si osserva sulla sierosa che ricopre i tessuti pelvici.

Trombe iperemiche e rigonfie. Corni uterini ingrossati. Tessuti periuterini e perivaginali infiammati, sparsi di essudati fibrinosi, e contenenti focolai purulenti. Mucosa dei vari organi pelvici arrossate e tumide.

d) *Nelle trombe e tessuti circostanti.* — Laparotomia. Due cagne, inoculate nelle trombe e nei tessuti circostanti, con coltura mista di cocchi e bacilli, non diedero alcun risultato.

e) *Nelle trombe.* — Laparotomia. Inoculazione in entrambe le trombe d'un grammo di coltura piogena riattivata.

Sezione dopo 14 giorni.

Nella cavità addomino pelvica non si trova alcuna particolarità, degna d'importanza. La superficie sierosa delle trombe e dei corni uterini accusa forte iperemia.

Incisi i corni uterini viene fuori del liquido icoroso. Sulla superficie mucosa si notano emorragie sparse e pus rappreso.

Nelle trombe non si scorgono alterazioni gravi, se si toglie l'arrossamento molto vivo della mucosa.

Io procurai sempre in questo ordine di esperienze d' infiggere l'ago della siringa di Pravatz in quel tubo, o saccoccia, che rappresenta la salpinge nelle cagne, e che contiene anche l' ovaio, ma spesso cadeva nei tessuti paraovarici.

La disposizione delle trombe e delle ovaie, in questi animali, è ben

---

(1) La coltura mista per riattivarla fu prima inoculata ad un animale, dal quale si presero gli innesti e sviluppati s' inocularono ad altri.

diversa che nei conigli. In quest' ultimi vi ha una tromba serpiginosa lunghissima e sottilissima, che mette in rapporto, per mezzo d'un padiglione, molto frangiato, l'ovaio col corno uterino. L'ovaio poi è appariscente e mobile, come nella specie umana, e contenuto nella fovea del legamento largo.

Nelle prime invece, l' ovaio resta nascosto nello spessore del legamento largo, e si mette in rapporto col corno uterino, quasi direttamente, non restando come intermediaria, che una specie di saccoccia, scavata nello spessore del legamento, che abbraccia e ricopre l'ovaio e che comunica colla porzione terminale del corno.

La struttura istologica di questa saccoccia è ben diversa di quella che si osserva nella specie umana e nei conigli.

La disposizione degli annessi nei conigli femmine sta molto vicina a quella della specie umana, e la salpinge, istologicamente parlando, è la stessa. Di differenza non ha, che la poca robustezza nella parete muscolare.

Tanto nelle cagne, che nei conigli poi, i corni uterini hanno la medesima struttura, perchè vi si osservano due strati di fibre muscolari, circolari e longitudinali ed una mucosa molto spessa, anfrattuosa, ricca di glandule tubulari, molto allungate, distribuite in due ordini.

Se la presenza delle glandule non avvisasse, che lì comincia la struttura uterina, si potrebbe quella ritenere una struttura di salpinge.

Messe avanti queste differenze anatomiche tra una specie di animali e l' altra, ritorno all'esame delle alterazioni patologiche. A dire il vero, non posso presentare esemplari delle varie forme di salpingiti, perchè non potei nelle trombe determinare alterazioni gravi, nè colle colture pure, nè col pus. Tranne della salpingite catarrale, che ebbi o per via diretta o per quella indiretta, altre forme non constatai.

I tessuti paraovarici spesso parteciparono al processo infiammatorio, senza che l'ovaio avesse mostrato alterazioni gravi. Due volte semplicemente, nel corso delle mie esperienze, ebbi a notare una cisti sierosa, nella regione ovarica, che non saprei, se preesistesse o se fosse stata provocata dall' infiammazione dell'organo.

Descriverò le principali alterazioni, che, in quest'ordine di esperienze, potei constatare.

Tagli nei tessuti paraovarici. — Vasi arteriosi ripieni completamente di sangue. Vi si notano numerosi i globuli bianchi ed aggruppati, anzichè sparsi. La tunica media delle arterie, molto spessa, riduce il lume vasale alla metà ed anche meno dell'ordinario. Contribuisce a ciò anche l' intima la quale è molto tumida. Ad essa stanno addossate numerose cellule linfoidi, che pare provengano dal suo endotelio infiammato.

L'avventizia è più lasca dell'ordinario e le sue fibre sono dissociate per edema infiammatorio ed irregolarmente intrecciate.

In uno dei vasi, prossimi alle emorragie interstiziali, che descriverò appresso, si nota l'intima, distaccata in parte dalla muscolare. In questo stesso vase vi ha ricca proliferazione dei nuclei delle pareti.

Le vene sono sovrappiene di sangue, ma non presentano alterazioni importanti. Attorno i vasi, e nelle maglie del tessuto lasso, di questa regione, si è versato del sangue. Si osserva anzi qualche grande laguna, riempita di sangue, le cui pareti son fatte di tessuto fibroso, che manda dei prolungamenti, i quali si distribuiscono in vario senso, intrecciantesi a reticolo. I globuli rossi sono pallidi, ma non molto alterati, i globuli bianchi sono però in numero esagerato. Di queste lagune se ne incontrano parecchie, nei vari tagli, e di varia forma, tutte irregolari.

A mio avviso sono degli spazi formatisi a detrimento dei tessuti, laceratisi per il fatto della emorragia. La struttura fibrosa delle pareti mi allontana il sospetto, che si possa trattare di spazi linfatici, in cui si è versato del sangue. Esistono delle differenze chiarissime tra un tessuto e l'altro, come vedremo. Alcuni vasi, in vicinanza a questi focolai, presentano la tunica muscolare, profondamente alterata, che si avvia già alla degenerazione jalina, alterazione che riscontreremo più manifesta nei conigli. Comincia in essi a mancare la distinzione netta della tessitura; le fibre cominciano a confondersi tra di loro, a perdere i nuclei, e l'aspetto della tunica comincia a divenire uniforme e splendente. L'avventizia, nella porzione più vicina alla muscolare, si dispone allo stesso processo degenerativo.

Il reticolo linfatico, che si mostra in questi tagli nella sua piena evidenza, presenta, anche i minimi canalicoli, turgidi e tortuosi. La ricchezza di questi vasi è enorme e le anastomosi sono tante e così variate, che tutto il campo resta irrigato da una finissima canalizzazione, risultandone un tessuto a maglie irregolari, assai differente, dal tessuto a maglie fibrose, sopra accennato.

La disposizione differente, la struttura diversa, la natura del tessuto, danno un' importanza completamente disparata all'uno e all'altro.

Lungo i sepimenti fibrosi scorrono grossi vasi arteriosi e venosi, mentre i canalicoli linfatici sono qualche volta costeggiati da capillari finissimi, che lasciano passare appena un globulo nel loro lume.

I linfatici si rendono visibili, in taluni di questi preparati, perchè io, vivente ancora l' animale, ho iniettato il sistema linfatico dei legamenti larghi, con sostanze coloranti.

In questa preparazione mi ho ammaniti anche la prova dell'andamento della corrente dei liquidi nel canale salpingo-uterino. Ho visto, iniettando del liquido colorato nella salpinge (animale vivo), che, dopo qualche secondo, si andava colorando la mucosa del condotto, e la colorazione progrediva gradatamente dalla salpinge verso l'utero. Una parte andava a colorare la porzione dei legamenti larghi, che si attacca al corno uterino.

Si colorarono anche gradatamente i bordi vaginali e la porzione vaginale del collo.

Credo io che la tendenza a discendere dei liquidi dalle trombe all'utero sia evidente, dopo questo fatto materiale.

Ritornando all' esame istologico dei pezzi, in qualche preparato, avuto da tagli del legamento largo, non trovo che tessuto elastico, formato da fasci di fibre, serpiginosamente distribuite, e rigonfiate le sezioni di glandule linfatiche alterate.

I vasi, che vanno ad irrigare le glandule e quelli delle vicinanze portano l' intima rigonfia, la media ispessita, il lume impicciolito. L'avventizia ed il connettivo perivasale qui sono ricchi di nuclei e di cellule linfoidi migrate.

Corno uterino. — Partendo dalla mucosa, ove risiedono le maggiori alterazioni, si trova: l'epitelio che riveste la mucosa quasi dappertutto distrutto; anche allo sbocco delle glandule esso manca, mentre esiste nel condotto glandulare e nel cul di sacco della glandula.

Sulla superficie della mucosa si scorgono qua e là dei residui di epitelio, ma nel resto vi stanno attaccati ammassi purulenti e sangue alterato, con detriti di globuli sanguigni distrutti.

In mezzo a questi ammassi si scorgono frammenti o falde di epitelio distaccato. Proliferati gli elementi rotondi della mucosa e quelli del connettivo fibrillare.

Delle glandule, una parte si conservano intatte o quasi, perchè conservano l'epitelio, però tanto nei condotti, che nel fondo della glandula, vi ha accumulo di secrezione glandulare da esserne spesso completamente ripieni. Una parte si presentano molto dilatate a detrimento del tessuto periglandulare, ed il rivestimento interno di epitelio è distaccato, disgregato e nuotante in mezzo al contenuto glandulare. Molte altre sono state completamente distrutte. Di loro non restano più tracce, occupandone il posto una sostanza indeterminata, che non si colora più.

In talune glandule è rimasto lo strato endoteliale basale e lo strato fibroso, che le circonda.

Il connettivo, in taluni preparati, forma dei grossi fasci, per l'accrescimento subìto, i quali spingono la parete glandulare dallo infuori all' indentro, alterandone la forma.

I vasi, sparsi in mezzo al tessuto muscolare, qui, sono profondamente alterati. La tunica muscolare non lascia più vedere il suo dettaglio, è ingrossata, spinge l' intima verso l' interno, e riduce il lume, in taluni vasi, ad una rima.

Tra lo strato muscolare interno del corno e la mucosa, nello strato sottomucoso (tagli fatti nella porzione del corno, più vicina alla tromba), si notano vaste zone d'infiltrazione linfoide. La fibra muscolare è ipertrofica.

Alcuni tagli dello stesso pezzo patologico mostrano una parete tre volte più spessa del fisiologico, ed una cavità variante da 3 a 10 mm. (Fig. 13), a secondo gli esemplari.

Le alterazioni glandulari e vasali si ripetono. Negli strati muscolari abbonda il connettivo giovane (strato esterno fibre muscolari longitudinali), e l'infiltrazione parvicellulare disseminata (strato interno o fibre muscolari circolari). Negli strati profondi della mucosa vi stanno interi tratti, dove non esistono più nuclei cellulari o qualcuno disperso. Evidentemente l'elemento cellulare è andato in distruzione, il protoplasma si è disgregato, ed il nucleo stesso va a disfarsi, perchè non si colora più o malamente. Persistono in questi luoghi delle fibrille connettivali e qualche cellula, di cui si scorge appena il contorno. Vi ha poi di rilevante sulla mucosa, una vasta perdita di sostanza, che dalla superficie si addentra fin quasi ai 3[4 dello spessore della mucosa, irregolare, crateriforme, cosparsa di essudati purulenti. Il mantenersi questa identica in molti tagli, allontana il sospetto che sia stata artificialmente prodotta da preparazione; vasi importanti nella mucosa non esistono, sono piuttosto da rilevare i gruppi vasali che si riscontrano in mezzo agli strati muscolari.

Tra lo strato di fibre longitudinali e quello di fibre circolari vi ha un gruppo di vasi, di diverso calibro, arteriosi e venosi, i quali sono più o meno completamente ripieni di sangue. Serie alterazioni non offrono, però il sangue, in essi contenuto, è cominciato ad alterarsi. Le pareti del vaso sono ispessite, come altrove, a preferenza l'intima, che ha acquistato quasi lo spessore della muscolare. Dall'endotelio dell'intima, che è proliferato, si distaccano una quantità di cellule linfoidi, che vi stanno ancora quasi addossati. Degli strati muscolari del corno non parlo, perchè non presentano di alterazione, che un aumento di connettivo tra i diversi fasci.

Ovaia. — Null'altro di speciale che una incipiente endoarterite nei vasi più grossi e delle infiltrazioni linfoidi intorno ai vasi ed alle vescicole di Graaff.

Trombe. — L'infiammazione non oltrepassò lo stato catarrale. Fu spesso intaccato l'epitelio, per cui si trovò in qualche parte in proliferazione e in qualche altra caduto, ma non trovai mai alterazioni importanti negli strati profondi della mucosa e nelle pareti muscolari.

Il rigonfiamento dei tessuti, che spesso notai, era dovuto ad imbibizione sierosa per l'alterazione circolatoria sanguigna e linfatica. Forse a lungo andare le alterazioni sarebbero venute, ma negli animali, su cui ho sperimentato, le trombe non hanno mostrato grande facilità ad infiammarsi.

Serie conigli femmine - Razza ariete.

Peso medio Kgr. 2.

I. *Vagina a tessuti integri.* — Inoculazione nella cavità vaginale di 1[2 gr. di coltura pura di streptococcus piogenus citreus.

Dopo otto giorni gli animali non presentano ancora alterazioni. — *Sezione anatomica:* Negativa.

II. *Vagina a tessuti lesi.* — Si raschia la mucosa col cucchiaio tagliente e s' inocula 1[2 gr. di streptococcus piogenus albus od aureus.

Operati gli animali il 20 febbraio, uno solo di essi, quello inoculato di streptococcus piogenus albus, si trovò morto all' ottavo giorno per prolasso acuto dell' utero. — *Sezione anatomica:* Fuori della vulva si nota un corpo allungato, della lunghezza di 10 cent. circa, irregolare nella forma, rivestito esternamente di mucosa raggrinzata, pieghettata, congestionata. L'orifizio vulvare costituisce una specie di cercine, attorno a questo corpo, il quale palpato, lascia sentire nel suo interno dei cordoni lisci, che scivolano facilmente sotto le dita. Penetrando con una sonda attraverso la vulva, ad un certo punto si urta in un ostacolo, che non lascia più passare. Aperta la cavità addominale, rimosse le anse intestinali, per la ricerca dell' utero, non si trova che porzione delle trombe e dei corni uterini, prolabenti da una cavità, che si constata di essere formata dal canale vaginale invertito.

Esportati in massa gli organi genitali, si vede che essi sono notevolmente tumefatti. Incidendo longitudinalmente la cavità, che contiene questi organi, si rinviene l'utero coi corni uterini prolassati. Nella discesa hanno trasportato con loro il fondo vaginale, costringendolo ad arrovesciarsi. Tutti questi organi sono in preda ad infiammazione. Si osserva in loro forte iniezione vasale, chiazze emorragiche nel connettivo perivaginale, essudati sul punto di invaginamento.

Esame istologico. — Nella vagina i vasi dai più grossi ai capillari sono sovraccarichi di sangue ed alterati. Il contenuto dei vasi è costituito da una massa verdastra, in mezzo alla quale traspare qualche globulo rosso. Le stesse pareti vasali sono spesso ricoverte da questa sostanza ed infiltrate. Dove essa non abbonda e non maschera il disegno del vaso, si vede chiaramente che è formata da tanti granuli, che si raccolgono nelle guaine perivasali e in mezzo alle fibre delle pareti. Gli altri tessuti di quest'organo a partire dalla mucosa per andare ai tessuti più profondi ed al connettivo perivaginale, presentano le prime fasi d'un processo infiammatorio. Leucociti, disseminati o riuniti a gruppi e a

zone, se ne trovano dappertutto, nel connettivo dello strato muscolare o nella mucosa vaginale. In questa si vedono anche gettoni di nuovi vasi, proliferazione delle cellule fisse, sfaldature dell'epitelio di rivestimento. Nell'utero, nelle trombe, nelle ovaia, nel legamento largo, non vi stanno alterazioni gravi. È superfluo ripeterci.

Gli altri animali sacrificati dopo 30 e 60 giorni, offrono i seguenti fatti patologici:

Vagina. — Nella vagina, che fu l'organo, in cui si determinarono le prime alterazioni, i vasi arteriosi, di medio e piccolo calibro, presentano degenerazione jalina. Il lume del vaso è ridotto al minimum, per l'aumento di spessore, subìto dalle pareti, aumento, che si deve più di tutto alla muscolare. In questo strato è quasi scomparsa, dove più e dove meno, la configurazione e la individualità della fibra muscolare, ed appare invece una massa quasi omogenea, discretamente splendente, che forma una specie di nastro circolarmente disposto, incastonato fra l'intima e l'avventizia, che si avviano per la stessa strada.

In un preparato, in cui il taglio comprese colla vagina anche parte del connettivo perivaginale, vi si nota, nel tessuto muscolare della vagina, scomparsa delle striature e dei nuclei. I fasci di fibre muscolari sono deformati od assottigliati per compressione, che hanno subìto, del connettivo, neoformatosi negli spazi interfascicolari.

In taluni punti la fibra muscolare è addirittura scomparsa e sostituita da quantità di goccioline adipose. In altri siti, in mezzo alle fibre muscolari, vi hanno corpuscoli, scuricci, di forma rotonda, provenienti probabilmente dal disfacimento della sostanza muscolare. Di questi se ne trovano tra il sarcolemma e la sostanza muscolare, in certi spazi, formatisi pel raggrinzamento, o disfacimento della sostanza muscolare.

Il connettivo sottomucoso ed intermuscolare, in molti punti, ha subìto una degenerazione, che si potrebbe chiamare ialina. Nei preparati ad occhio nudo si vedono delle strisce splendenti, e quasi trasparenti, che guardate poi al microscopio, si vedono formate di fibre connettivali, che si fondono tra di loro, non apparendo più nè bordi, nè nuclei. In mezzo a loro si rinvengono dei fasci connettivali, non ancora alterati, o non molto alterati, che chiariscono la qualità del connettivo, già modificato. In vicinanza a questo tessuto descritto si trovano dei gruppi muscolari a fibre striate, dei quali, alcuni sono passati già alla degenerazione jalina, altri si avviano.

Alcuni di essi, che furono tagliati per trasverso, lasciano vedere il connettivo spesso, che li separa, ma non fanno vedere affatto i nuclei, o la sezione delle singole fibrelle, perchè tutta la superficie di sezione è quasi uniformemente tinta, come se fosse costituita da una sostanza indifferente. Le fibre, che furono tagliate per lungo, non mostrano più le striature od appena vi si scorgono, o malamente di tratto in tratto,

L'aspetto di talune fibre è giallastro (colorazione con litio-carminio) tutto uniforme, come se si trattasse di un tessuto compatto.

Sulla mucosa, mancante di epitelio in parecchi punti, vi ha stasi ne' piccoli vasi, che vi pervengono, proliferazione ed infiltrazione cellulare, aumento di connettivo. Negli altri organi, utero, ovaia, trombe, ecc. non si trovano che le conseguenze dell'alterato circolo. Le glandule linfatiche iperplastiche mostrano i caratteri altrove descritti (cagne).

III. *Nello spazio vescico-uterino.* — Laparotomia. Inoculazione di poche gocce di coltura pura in brodo di bacillus piocianus. Dal 9 marzo l'animale resta in vita fino al 2 maggio.

Ucciso si trova: corno uterino sinistro ingrossato quanto un dito mignolo, contenente del liquido sieroso. Tromba corrispondente tumida, ma non esageratamente. Corno uterino destro di grandezza normale, e tromba corrispondente di dimensioni fisiologiche. Sierosa dell'utero, dei corni uterini e delle trombe, iniettata. Vasi dei legamenti larghi congestionati.

In questa esperienza il periodo di iperemia è stato seguito dalla essudazione e dal rigonfiamento dei tessuti. Di fatti si sono trovate salde aderenze dei corni uterini e dei legamenti larghi tra di loro, ed essudati fibrinosi, sparsi nei tessuti pelvici, come si può in certo modo vedere nella Figura V.

Le sezioni microscopiche mostrano: nel corno, ritenzione di liquido secretivo nelle cavità glandulari, rigonfiamento della mucosa; nella tromba: desquamazione epiteliale, iperemia poi in entrambi e nei legamenti larghi.

I pezzi presi dal tessuto perivaginale mostrano (Fig. VI) grossi vasi arteriosi e venosi, tessuto a maglie ed un condotto rivestito internamente di epitelio piatto. I grossi vasi portano pareti alquanto grosse e rigide, e si trovano in mezzo ad un tessuto lardaceo. La proliferazione dei nuclei dell' endotelio vasale, l' aumento dei globuli bianchi del sangue, i numerosi corpuscoli linfoidi, che si distaccano dall' endotelio, attestano insieme alle altre alterazioni, che l'infiammazione esisteva e da un pezzo. Il condotto sopra notato ha pareti muscolari a fibre lisce, disposte circolarmente. È rivestito internamente di diversi strati di epitelio piatto, il quale, in parecchi punti, si spinge nel lume del condotto in forma di papille. Le pareti del condotto sono infiltrate di corpuscoli linfoidi. Probabilmente si tratta d'una sezione dell'uretere infiammato.

IV. *a*) *Nei legamenti larghi.* — Laparotomia. Inoculazione di 1[2 gr. di coltura mista (cocchi e bacilli) nello spessore del legamento largo di destra. Operato l'animale il 9 marzo, si uccide il 2 maggio, e si trova: ferita addominale completamente cicatrizzata, qualche ansa intestinale aderente ai corni dell'utero. Tanto i corni dell'utero, che le trombe, sono tutti fusi tra di loro, per essudati fibrinosi, che si sono sparsi alla loro

superficie, costituendo, cogli organi sopradetti, una sola massa, che si può rimuovere intera dalla cavità addomino-pelvica.

I corni dell' utero e delle trombe sono turgidi, ma non si trovano alterati i loro tessuti. I vasi dei legamenti larghi sono congesti ed i legamenti, opacati e ricchi di grasso. Qualche glandula linfatica ingrossata.

b) *Nel legamento largo di sinistra.* — Laparotomia. Inoculazione di 1[4 di gr. di coltura pura di bacillus piocianus. Visse l' animale 12 giorni. Sezionato, si trovano: essudati tra la vescica e l'utero, emorragie puntiformi sulla sierosa dell'utero e degli annessi. I vasi del legamento largo, ove si praticò l'inoculazione, sono fortemente iniettati, meno gli altri.

È inutile intrattenermi sull'esame istologico dei vari tessuti, perchè vi ha nulla di rilevante. Non vi ha di speciale che il fenomeno di congestione generale negli organi pelvici. Il fatto più importante è la peritonite pelvica, per cui, la essudazione fibrinosa, le aderenze delle anse intestinali, la fusione degli organi pelvici colle masse essudative.

I legamenti larghi accennano l'adeno flemmone, il quale non passò al periodo suppurativo. Da questi esperimenti ho ottenuto un esemplare perfetto di perimetrite essudativa fibrinosa.

V. *a*) *Nel connettivo pelvico.* — Laparotomia. Inoculazione di 1[4 di grammo di coltura pura di streptococcus piogenus citreus. L'animale è ucciso dopo un mese. Sezionato si trovano pochi fenomeni di rilievo, costituiti da piccoli focolai purulenti nel tessuto lasso della pelvi.

b) *Nel connettivo pelvico.* — Laparotomia. Si inocula 1[2 gr. di coltura pura di streptococcus piogenus albus. Dal 19 marzo si mantiene l'animale in vita fino al 2 maggio. Alla sezione si riscontra: aderenze tra i corni dell' utero e il fondo della vescica. Tanto i corni dell'utero che le salpingi si trovano pallidi, anemici, flaccidi, assottigliati. I legamenti larghi sono opacati ed ispessiti, i loro vasi congesti. Praticati dei tagli multipli, nel tessuto cellulo-adiposo della pelvi, si presentano dei focolai, di pus concreto, o caseificato, della grandezza di un pisello, e d' un grosso cecio. Qua e là emorragie. I vasi congestionati, le loro pareti rigide. In vari punti il tessuto prende aspetto lardaceo.

Esame istologico. — *Connettivo e cellulo adiposo pelvico.* — I tagli sono costituiti di tessuto lasso, ricco di adipe, in mezzo al quale si riscontrano capillari e grossi tronchi arteriosi e venosi. La proliferazione degli elementi cellulari delle pareti vasali, l'infiltrazione di cellule linfoidi nella avventizia e nel connettivo perivasale, l' impicciolimento del lume vasale per il ringonfiamento dell'intima, l'infiltrazione parvicellulare disseminata, appariscente qua e là, in mezzo del tessuto connettivale lasso, sono i segni dell' infiammazione, a cui è andato soggetto questo tessuto. I nuclei cellulari dei sepimenti, che formano le pareti delle maglie del tessuto cellulare, sono aumentati.

I tagli fatti sui focolai purulenti e sui tessuti delle vicinanze, mostrano degli accumuli di corpuscoli purulenti, circondati da tessuti fibrosi ispessiti. I corpuscoli si modificano dal centro alla periferia, essendo nel centro disfatti e sostituiti da massa compatta (caseosa) o da granuli finissimi, verso la periferia, più o meno alterati. Discostandoci un poco dal focolaio principale, la suppurazione acquista un aspetto differente; è disseminata, infiltra i sepimenti, e si versa, ora più ora meno, dentro le maglie. Si vede chiaro che l'essudazione segue l'andamento dei vasi, che camminano in questi setti connettivali, e non si discosta da essi, finchè resta in proporzioni moderate; però appena eccede la quantità, non potendo essere contenuta nei sepimenti, straripa e si versa dentro le maglie.

Crescendo ancora di più l'essudazione, si fondono insieme parecchie di queste piccole raccolte e si forma il focolaio purulento, che diverrà più o meno vasto a seconda le eventualità e la potenza della flogosi.

Questo andamento delle suppurazioni pelviche mi richiama alla memoria l'errore di linguaggio, conservato fino adesso, nel chiamare cellulite pelvica, l'infiammazione del connettivo pelvico, perchè, come abbiamo visto, non è il tessuto cellulo-adiposo, che s'infiamma, ma il connettivo, che lo raccoglie nelle sue maglie, quel tessuto, che contiene vasi sanguigni linfatici e nervi. Se i corpuscoli purulenti, diventati numerosi, invadono anche quel tessuto e lo sostituiscono, non è perciò che un fatto puramente passivo. Questo fenomeno è chiaramente spiegato dalla Fig. III, perchè in nessun punto si vede sorgere l'essudazione dal tessuto grassoso, ma sempre dai sepimenti.

La ragione sta dunque per quelli, che vorrebbero abolita la parola *cellulite pelvica*, lasciando quella di parametrite, di flemmone pelvico, o di adeno-flemmone, perchè le glandule ed i vasi linfatici partecipano alla flogosi.

Trombe. — I villi mucosi sono rivestiti dappertutto di epitelio cilindrico a ciglia vibratili. Di tratto in tratto le ciglia sono cadute, in qualche punto la cellula cilindrica si è accorciata ed un po' appiattita, qualche volta l'elemento cellulare, distrutto, ha lasciato sul posto i nuclei, che si sono ammucchiati in mezzo a secrezione glandulare mucosa, e a detritus granuloso. In taluni preparati si scorgono brandelli di epitelio distaccato, e qualche volta epitelio stratificato, che si solleva a formare vere sporgenze papillari. Gli strati muscolari sono assottigliati, anemici.

Corni uterini e corpo dell' utero. — Denutrizione di tutti i tessuti. La fibra muscolare è atrofica, pallida, povera di strie e di nuclei. La mucosa, flaccida, assottigliata, povera di cellule rotonde e di vasi. Nessun fatto importante nelle ovaia.

VI. *Nei vasi utero-ovarici.* — Laparotomia. Inoculazione di 1/4 di gr. di coltura mista nei grossi vasi venosi ed arteriosi utero-ovarici.

Gli animali muoiono di setticemia in pochi giorni.

Le esperienze sulle cavie furono infruttuose, perchè morivano in fra 24 a 48 ore, tempo abbastanza breve per trovare delle alterazioni importanti nelle varie parti degli organi genitali.

* * *

Riassumendo i risultati dei miei esperimenti e le osservazioni istologiche da me eseguite, posso dire che:

1. *Le inoculazioni praticate nel canale vaginale a tessuti integri*, sia con pus ricavato da ascessi, sia con pus blenorragico, che colle colture pure, o non determinarono alterazioni di sorta, o fenomeni lievi e di poca importanza.

2. *Le inoculazioni, fatte invece nello spessore dei tessuti, e dopo avere lesionato la mucosa,* in parecchi punti della vagina, sia ch'io abbia adoperato pus genuino o colture pure, provocarono dei fatti infiammatori, più o meno importanti sulla località e nelle vicinanze.

L'infiammazione, in questi casi, non oltrepassò ordinariamente la vagina, e la porzione vaginale del collo dell'utero da un lato, la pelvi e gli annessi dall'altra. La congestione vasale fu più spesso accentuata ai lati del canale vaginale e nei tessuti perivaginali e perivescicali. Una volta sola il turgore infiammatorio acuto invase tutti gli organi genitali, interni ed esterni, e provocò uno spontaneo prolasso utero-vaginale (conigli).

L' osservazione microscopica dei vari tessuti degli organi genitali, fu negativa o senza importanza speciale nel primo ordine di esperienze, mentre che nel secondo mostrò delle alterazioni, riguardanti il circolo sanguigno e gli altri tessuti. I vasi arteriosi e venosi della vagina, delle regioni vicine, dei legamenti larghi, si presentarono in generale congesti, e diedero luogo spesso al fenomeno della diapedesin, trovandosi i globuli sanguigni, sparsi in mezzo ai tessuti, e in vicinanza ai vasi, senza che si riscontrassero rotture vasali ed emorragie.

Nelle cagne specialmente le alterazioni furono ancora più importanti. Ai fatti catarrali della mucosa vaginale e della mucosa del collo dell'utero, si aggiunsero spesso l'infiltrazione parvicellulare, la proliferazione del connettivo, e qualche volta la degenerazione dei tessuti pro-

fondi, del muscolare a preferenza, e dei vasi. In queste esperienze le trombe, le ovaia, i corni dell' utero ed il corpo dell' utero non mostrarono rilevanti alterazioni, se si tolgono i fenomeni d'iperemia e di stasi, che dappertutto erano manifesti.

3. *Le inoculazioni nel cul di sacco vaginale e nella porzione vaginale del collo, diedero alterazioni importantissime.* — In un esemplare, rappresentato dalla Fig. I, si potè stabilire benissimo che l' infiammazione si iniziò sul punto della inoculazione, e di là, invece di passare nel corpo dell'utero, prese la via dei grossi vasi utero-ovarici, interessando i tessuti della pelvi e del legamento largo. Propagatasi alle trombe ed ai corni uterini, in ordine discendente, pervenne nell'utero, ove non diede che alterazioni superficiali. È splendida la dimostrazione delle vie che tracciarono i batteri (Fig. XIV). Tutte e due le vie, la sanguigna e la linfatica, furono da loro scelte, giacchè, come si vede chiaramente nella figura, essi esistono dentro il vaso in mezzo ai globuli sanguigni, come nella avventizia e nelle guaine linfatiche perivasali. In quest' ultime si notano in numero straordinariamente grande.

Dalla stessa esperienza (Fig. I) si è ricavata la prova della esistenza del flemmone del legamento largo, formatosi lungo il tragitto del grosso tronco arterioso utero-ovarico, ed in vicinanza all'ovaio ed al corno uterino. Le alterazioni istologiche dei tessuti, in questa esperienza, furono riscontrate, gravi sul sito della inoculazione, nel cul di sacco vaginale e nella porzione vaginale del collo, più gravi nei legamenti larghi e nella porzione terminale dei corni uterini. In quest' ultimi furono rimarcate le vaste ulcerazioni suppurative della mucosa, e i devastamenti glandulari.

Nelle trombe le distruzioni epiteliali e le zone d' infiltrazione parvicellulare nel connettivo sottomucoso non erano accompagnati da altri fatti. Nei legamenti larghi e nell'ovaio, le alterazioni riguardano i vasi, che non riassumo per non ripetere (Fig. X, IV, VI, VIII, XI). L' iperplasia delle glandule linfatiche della pelvi è resa evidente dalla Fig. VII. Il complesso delle alterazioni, riscontrate in questa ed altre esperienze, è di una gravità tale, da meritare interessamento.

4. *Le inoculazioni nel corpo dell'utero* diedero risultati localizzati, e spesso negativi.

5. *Le inoculazioni nei vasi utero-ovarici* diedero per lo più infezione generale, od alterazioni acute.

6. *Le inoculazioni nei corni uterini* determinarono alterazioni gravi, ma localizzate. — Esse si riflettono in gran parte ai vasi, che presentavano, talvolta emorragie interstiziali nelle loro pareti, secondo io credo, ma che potevano anche spiegarsi come infiltrazione d'una sostanza degenerativa. Altre volte, endoarterite, rigonfiamento delle diverse tuniche per imbibizione o per infiltrazione, stasi linfatica nelle guaine perivasali. (Fig. IX). Alcuni tagli (conigli), fatti sempre sui corni inoculati, mostrarono alterazioni profonde nell'elemento cellulare della mucosa, il quale aveva, ora protoplasma granuloso, ora protoplasma d'aspetto uniforme, splendente, e rifrangente fortemente la luce, ora aveva perduto il nucleo, ora lasciava vedere il solo contorno scuriccio. Spesso in mezzo ad elementi cellulari, discretamente colorati, si notavano degli spazi rotondi vuoti, o di sostanza non colorata. Dentro questi spazi e negli interstizi, tra i diversi elementi, si osservarono delle goccioline adipose. Negli organi glandulari secretivi è l'epitelio solo, che ha sofferto distruzione degli elementi, in taluni punti, proliferazione in altri.

7. *Le inoculazioni praticate nello spazio vescico-uterino, nel Douglas*, provocarono spesso infiammazione localizzata, accusata dalle tenui cordicine di essudati fibrinosi, trovate tra vescica, utero, anse intestinali e massa epiploica. Più volte la peritonite pelvica diede luogo ad essudati periuterini, e ad aderenze tra legamenti larghi e corni uterini, per cui ne risultò un impastamento degli organi pelvici, come nella Fig. V e II.

La figura II offre un bello esempio di perimetrite essudativa, e la figura V è un esemplare di parametrite suppurata, dove, il connettivo pelvico, infiammato diè luogo ad ascessi disseminati.

8. *Le inoculazioni profonde nei tessuti perivaginali, perivescicali, perirettali, nel connettivo pelvico*, diedero ordinariamente il flemmone pelvico, cioè rigonfiamento del connettivo e delle glandule linfatiche, congestioni vasali, stasi linfatiche, emorragie interstiziali. Qualche volta solamente il flemmone andò all'esito, alla formazione di ascesso, ma spesso diede luogo ad alterazioni vasali, a trombosi (Fig. IV e XI) a degenerazioni di tessuti (Fig. VI).

Il tessuto lasso della pelvi e dei legamenti larghi, prevalentemente connettivale, il sistema vascolare, sanguigno e linfatico, assai ricco, la presenza di tessuto muscolare e le numerose glandule linfatiche, costi-

tuiscono un insieme, facile all'infezione ed alla flogosi, per cui la serie delle alterazioni, che ho innanzi dettagliatamente descritta.

Nella fig. III non si può certamente vedere il dettaglio anatomico del tessuto pelvico, perchè dappertutto infiltrato e suppurato, ma vi si scorgono ancora le numerose maglie e lacune, riempite di grasso, ed i sepimenti fibrosi, lungo i quali si depositano i corpuscoli purulenti, i quali, crescendo in numero, si riversano nelle lacune, per costituire i focolai. La disposizione del tessuto del legamento largo si può in certo modo vedere nella fig. X. Abbonda il connettivo lasso e la disposizione reticolare, ma prevale la fibra muscolare liscia e il tessuto elastico. I vasi in esso contenuti, sebbene visti a piccolo ingrandimento, mostrano che sono alterati, che le loro pareti sono ispessite e che i linfatici perivasali sono in forte stasi. I focolai emorragici, che la stessa figura mostra, e le emorragie interstiziali, spiegano più chiaramente l'alterazione vasale, che è meglio vista nelle figure, dianzi ricordate (IV, VIII, XI, IX, VI).

Mi è stato impossibile di rappresentare con figure tutte le alterazioni, per la forte spesa, cui si va incontro. Non facendo parte del personale della Clinica ostetrico-ginecologica, e lavorando, per favore accordatomi, in altri gabinetti, debbo pensare io a tutte le spese occorrenti, quindi le difficoltà mi si accrescono, e tutto non posso rendere, come vorrei. Le alterazioni, ad esempio, del tessuto muscolare e del connettivo che si riscontra in vicinanza della vagina, del retto, ecc., furono tali, che non bisogna trascurare di ricordarle. A parte del connettivo organizzato, che sviluppatosi in mezzo ai fasci e alle fibre muscolari, crebbe a danno di essi, deformandoli ed assottigliandoli, in taluni punti si è notata l'atrofia della sostanza muscolare, per modo che tra la fibra e l'involucro, sono rimasti degli spazi, occupati da goccioline adipose, di diversa grandezza, e dove la sostanza muscolare è addirittura scomparsa, si sono trovati dei granuli scuricci, splendenti, rifrangenti la luce al centro, più che alla periferia (granuli albuminoidi). Più belli ancora erano quei tratti di connettivo degenerato, che si trovarono in mezzo a muscoli striati degenerati. La uniformità dell'aspetto, la trasparenza, lo splendore, la scomparsa di qualunque tessitura, la differenza marcata, tra questi tratti e quelli ancora bene conservati, mi fecero pensare alla degenerazione ialina del connettivo e del tessuto elastico.

9. *Le inoculazioni dirette nello spessore dei legamenti larghi, con*

colture pure o miste, provocarono delle volte flogosi leggiere, congestioni vasali, ispessimenti dei legamenti larghi, accumulo di adipe, adeniti. Le inoculazioni con pus provocarono invece il flemmone del legamento largo, o l'adeno-flemmone.

Molti animali perirono di peritonite diffusa, perchè i legamenti larghi negli animali, che io ho scelto, sono sottilissimi, velamentosi, e spesso del liquido si versava in cavità. E questa qualità mi fece accorgere della grande quantità di grasso, che si accumulava nei legamenti, quando s'infiammavano, per cui acquistavano una doppiezza enorme.

La Fig. I lo dimostra chiaramente, essendo il flemmone andato sino alla formazione di ascesso. Le stasi delle vie linfatiche, l'ingrossamento delle glandule dei legamenti (Fig. VII), la iperattività delle stesse, le congestioni vasali, e le alterazioni dei vasi, le infiltrazioni linfoidi e proliferazioni connettivali nei tessuti dei legamenti, provano ad evidenza che il flemmone del legamento largo, o adeno-flemmone è possibile, non frequente, l'ascesso ancora più difficile, l'adenite è la più facile e la più frequente.

10. *Le inoculazioni nelle trombe e nei tessuti paraovarici*, qualche volta provocarono flogosi circoscritta; spesso la infiammazione cominciata nella salpinge o nei tessuti periovaro salpingei, si propagò agli altri organi, ovaio, corni uterini, utero. Le alterazioni istologiche delle salpingi non furono mai gravi, la flogosi non oltrepassò mai lo stato catarrale desquamativo, al più proliferativo della mucosa.

Nelle ovaia alterazioni poco importanti, giacchè si limitarono ad infiltrazioni linfoidi intorno alle vescicole di Graaff ed a proliferazione delle cellule fisse del connettivo.

Nei corni uterini invece, furono constatate delle ulcere profonde, che interessarono quasi tutto lo spessore della mucosa, distruzione e degenerazione degli elementi, purulenza, proliferazione di connettivo, distruzioni glandulari, alterazioni muscolari.

Nel corpo uterino alterazioni di minor conto.

(Continua).

SPIEGAZIONI DELLA TAVOLA.

Fig. I. — Esemplare di propagazione di flogosi agli annessi per la via della circolazione; esistenza del flemmone del legamento largo. Ingrandimento metà della grandezza naturale.

l l. Legamenti larghi, infiammati ed ispessiti.

a s. Ascesso nello spessore del legamento largo, eroso in varie parti.

c u i. Corni uterini, incisi nella loro lunghezza. Visibile la mucosa infiammata e lo spessore aumentato delle pareti.

o s. Ovaio e salpinge.

a u o. Arteria utero ovarica congestionata.

a e. Ammassi di essudati e di adipe, rigonfio, con punti emorragici.

u. Utero spaccato, visibile la cavità.

v. Vagina incisa.

p v. Portio vaginalis infiammata.

Fig. II. — Esemplare di perimetrite essudativa e di ascessi periuterini. Ingrandimento metà della grandezza naturale.

v n. Vagina normale.

p v. Porzione vaginale del collo.

v e. Vescica spostata di lato.

l l. Legamento largo aderente ad una massa essudativa.

l l i. Legamento largo, che ha contratto aderenze e forma una saccoccia, sparsa di essudati.

m e. Massa essudativa.

n n. Utero normale.

c u n. Corni uterini normali.

Fig. III. — Taglio del connettivo pelvico. Ingrand. Oc. 4 Hartnak, Obb. 3 Koritska.

c i p. Fasci di connettivo infiammato con zone di infiltrazione parvicellulare.

l c. Lacune del cellulare pelvico, non ancora invaso dal pus.

g r. Corpuscoli di grasso.

v v. Vasi infiammati, con pareti ispessite ed infiltrate.

f p. Focolaio purulento.

Fig. IV. — Vase arterioso lacerato, con coaguli fibrinosi. Ingrandimento Ocul. 4 Hartnak, Obb. 3 Koritska.

r. Sito della rottura spontanea del vase.

a s. Avventizia smagliata, emorragie interstiziali, ricca infiltrazione linfoide.

f. Fibrina coagulata dentro il lume vasale.

s d. Sangue in disfacimento, detriti.

t m. Tunica muscolare ingrossata.

i d. Intima distaccata dalla muscolare.

a i s. Avventizia infiltrata di sangue.

a i. Avventizia infiammata con infiltrazione parvicellulare.

v. Vasi secondari infiammati.

Fig. V. — Esemplare di ascessi pelvici. Ingrandimento, grandezza naturale.

t r. Tromba più grossa dell'ordinario.

o. Ovaio normale.

c u i. Spaccato dei corni uterini.

a s e. Ascessi multipli del connettivo pelvico.

e f. Essudati fibrinosi, sparsi intorno all'utero, che fondono insieme utero e tessuti pelvici.

v. Vagina normale.

Fig. VI. — Taglio di connettivo pelvico con un gruppo di vasi alterati. Ingrandimento 5 volte il vero.

v a. Vase con diverticolo, formatosi per rilasciamento e lacerazione parziale delle pareti vasali.

v a'. Vase arterioso sclerosato. Rigonfiam. dell'intima, diminuz. del lume vasale.

v v'. Vena con pareti ispessite ed infiltrate.

c. Condotto escretore infiammato (uretere).

r c. Reticolo connettivale in degenerazione.

Fig. VII. — Glandula linfatica della pelvi infiammata. Ingrandimento 3 volte il vero. Sezione trasversa.

a l. Ammassi di corpuscoli linfoidi, fortemente colorati, separati da fasci connettivali, che si partono dalla capsula.

v. Gruppi di vasi infiammati con pareti ingrossate.

Fig. VIII. — Ingrandimento 6 volte il vero. Vaso arterioso con diverticolo.

d. Diverticolo formatosi in seguito ad alterazione della parete e a rottura dell'intima, ecc.

p i. Parete vasale infiammata con infiltrazione linfoide.

i. Intima distaccata e lacerata.

l v. Lume vasale, contenente sangue alterato.

Fig. IX. — Taglio di corno uterino infiammato. Ingrandimento, Ocul. 4, Hartnak, Obb. 3 Koritska.

v e i. Vasi con emorragie interstiziali nelle pareti.

f m. Fasci muscolari e connettivo in esuberanza.

c g. Goccioline adipose, infiltrate.

Fig. X. — Taglio di legamento largo e tessuti paraovarici. Ingrand. 6 volte il vero.

f e. Grande focolaio emorragico.

e i. Emorragie interstiziali nel tessuto lasso.

v. Vasi alterati con pareti ispessite e stasi linfatica perivasale.

t l. Tessuto infiltrato di sangue.

Fig. XI. — Taglio di connettivo pelvico infiammato. Ingrandimento, Ocul. 4 Hartnak, Obb. 3 Koritska.

a. Grosso vase arterioso con pareti sclerosate.

v t. Piccolo vase con contenuto organizzato.

v. Vena con pareti ispessite.

Fig. XII. — Taglio di corno uterino normale. Ingrandimento naturale (cagna).

Fig. XIII. — Taglio di corno uterino infiammato. Ingrandimento naturale (cagna).

t m. Strato muscolare ispessito.

m i. Mucosa infiammata, iperplastica.

Fig. XIV. — Taglio di legamento largo, infiammato. Ingrandimento, Ocul. 2, Obb. immer. Omog. 1[14 Zeis. Apparecchio Abbè.

v a. Vase arterioso ripieno di sangue. Molti batteri sparsi in mezzo al sangue.

v. Piccolo vase contenente sangue e batteri.

c g. Corpuscoli di grasso.

h g l. Batteri nelle guaine linfatiche del vase.

Fig. I
IX
cg
vei
fm
V
cui
o
tr
ef
v
XIV
ei
bgl
va
cg
XIII
mi
tm
VI
rc
c
v
va
XII
X
tl
ei
fe
VII
v
al
VIII
pi
i
lv
XI
vt
a
II
ll
cun
me
un
ve
ill
pv
vn
III
cip
fp
lc
gr
vi
IV
ai
as
r
f
sd
mt
id
Visconti Palermo
F. La Verde
S. Larini dis.

AUG 93
OF ENGLAND
RARY

RASSEGNA

HOWARD A. KELLY. — **Recenti studii sugli ureteri.** — Lettura fatta alla Società Ostetrica di Filadelfia.

L'autore accenna anzitutto all' importanza dello studio di quanto ha attinenza agli ureteri e come in tale lavoro il suo paese possa a buon diritto ritenersi il primo che se ne sia seriamente occupato.

La funzione degli ureteri è quella di trasmettere alla vescica il liquido trasudato da quegli importanti emuntorii dell'organismo, i reni. Una malattia di uno di questi delicati condotti tubulari che affetti il suo lume, intercetta il passaggio dell'orina e interessa poi il rene; la completa chiusura dell' uretere prestamente distrugge il valore funzionale del rene cui è legato e una seria malattia dei due ureteri è incompatibile colla vita.

Il ginecologo ha fondatissimo interesse nell'aggiungere al suo campo di studii quello sopra accennato. In primo luogo *esistono spesso intime relazioni fra le malattie pelviche e le affezioni degli ureteri e dei reni;* infatti una vescica tubercolosa è il primo stadio d' un uretere tubercolare, un cancro uterino distrugge spesso la vita per uremia da compressione degli ureteri. L'autore ha trovato un caso di piosalpinge sinistra con una estesa pielo-nefrosi dello stesso lato, come pure osservò la morte causata dalla pressione di voluminoso fibroma sugli ureteri. Casi mortali da compressione degli ureteri per tumori ovarici sono ricordati da Johnston e da Bert. L' autore osservò anche in una bambina un ampio idro-uretere destro decorrente sulla faccia anteriore di un sarcoma retroperitoneale che riempiva la pelvi e si espandeva nell' addome.

Un distinto chirurgo di Boston recise un uretere nell'ablazione di un tumore ovarico.

All' autore occorse di legare un uretere in un' isterectomia per cancro cervicale.

È importante pel ginecologo ricordare che l'*uretere è accessibile ad un'esplorazione saggia e pratica.*

L' autore si occupa poi dell'*anatomia degli ureteri.* Gli ureteri misurano una lunghezza di 25 a 30 cm. e si estendono dalla pelvi renale giu pei lombi fino alla loro imboccatura nella vescica. Ogni uretere è diviso in due parti, una addominale ed una pelvica: quest' ultima non misura più di 10 o 12 cm., l' addominale

12 o 15 cm.: la porzione meno accessibile è quella pelvica: la parte media della porzione addominale giace a 2 1[2 cm. o 3 della linea mediana sul *muscolo psoas* e dalla faccia anteriore delle vertebre.

Palpazione degli ureteri. — L'uretere può essere palpato attraverso la parete vaginale anteriore dalla sua ammissione nella vescica al punto in cui passa sotto il legamento largo. Un uretere ammalato diventa nodulare e duro e può essere preso per una cellulite o un ovaio aderente. Una larga percentuale di casi curati come cistiti sono in realtà ureteri ammalati — una paziente sulla quale l'autore persisteva nella palpazione fu forzata ad orinare involontariamente. Un uretere dilatato può essere palpato coll'esame rettale.

L'autore crede che anche *un uretere normale* può essere *minutamente esaminato nella parte superiore della pelvi coll'introdurre un catetere attraverso l'uretra e la vescica nell'uretere e spingerlo fino al disopra della cintura pelvica.* Il *metodo* dell'autore per trovare l'uretere è il seguente: fissare il promontorio del sacro attraverso le pareti addominali e da qui fissare il punto nel quale l'uretere entra nella pelvi a 3 1[2 cm. all'infuori e un po' al di sotto del promontorio: premendo colle dita a questo punto si sente una pulsazione data dall'iliaca che è il punto di repere, chè se havvi un uretere di volume anormale si palperà facilmente.

Cateterizzazione, sondaggio e dilatazione. — Col cateterismo si può isolare l'orina data dall'uno o dall'altro rene e quindi esaminarla con un concetto più fondato. Per l'introduzione del catetere l'autore adotta il metodo di Pawlik.

L'autore eseguì la *colpo-ureterotomia* per il trattamento di *una* stenosi dell'uretere.

Fu fatta la diagnosi in un altro caso di pielo-nefrosi destra mediante la cateterizzazione che diede luogo a fuoruscita di goccie di pus. L'autore fa seguire la descrizione degli istrumenti da lui usati in simili ricerche.

Conclude promettendo presto la comunicazione degli studii sulla ureterectomia.

A. G.

L. M. Bossi. — **Due casi di fibromi multipli intraligamentosi ed inframurali trattati colla isterectomia sopravaginale, guarigione.** — *Riforma medica*, 28 febbraio 1893.

È l'esposizione di casi clinici, i quali presentavano una forma anatomica perfettamente uguale, ma in condizioni di età e di sintomi affatto differenti, laonde peculiari considerazioni condussero al medesimo intervento operativo radicale, in luogo della castrazione, che pure a tutta prima avrebbe potuto sembrare indicata.

Decio.

VITANZA. — **Del parto forzato su donne agonizzanti.** — *Riforma medica*, N. 285, dicembre 1892.

Esposti tutti i risultati che ordinariamente soglionsi ottenere dal taglio cesareo post mortem, ricorda come Rizzoli sostituisse il parto forzato post mortem al taglio cesareo, anche in vista della apparente morte della madre. Il metodo di Rizzoli fu tenuto vivo dai discepoli Mondinini e Romei, ma chi contribuì a renderlo noto fu il Verardini. Con tale metodo Capuri, Busi e Vecchietto (1861) da donna morta, vivo estraggono un feto, laonde la questione fu ridestata nè tardò in molti luoghi ad essere messo in pratica e con lodevoli risultati.

Il taglio cesareo nel periodo agonico, benchè abbia strenui difensori nell'interesse della vita del feto, tuttavia non è entrato ancora nella pratica, e, dice l'A., si preferisce il parto forzato, ma anzichè sulla donna morta, sulla agonizzante allo scopo di salvare più facilmente il feto, e per aiutare se è possibile la madre. Cita a tale proposito i casi di Pellegrini, di Esterle, di Belluzzi, di Moretti, Cristiano, D'Amato, Savarotto, ed altri ancora. L'A. nella donna agonizzante, se il collo oppone una valida resistenza, è obbligato ad aprirne gli orifici con manovre manuali e strumentali, ed è appunto questo che esso chiama parto forzato. Avverte però che si deve por mente a ciò che i tessuti materni non abbiano a risentire troppo dei maneggi per la eventuale sopravvivenza della madre.

Dopo aver esposte 17 osservazioni proprie, in cui operò il parto forzato per varie indicazioni, conchiude: Che il parto forzato su donne agonizzanti è metodo italiano — che esso su donna moribonda si mette in atto con più rapidità e più facilmente del taglio cesareo, e con maggiore risultati del parto forzato e del taglio cesareo post mortem. — Che col suo metodo, non solo si estraggono dei feti vivi, *ma anche le madri morenti ritornano in vita.* Che il metodo non porta lesioni e danni gravi alla madre, non riscontrandosi nell'utero che quelle superficiali lesioni sul collo, le quali avvengono anche nel travaglio del parto naturale, se la testa del feto è alquanto voluminosa. Il metodo non desta orrore agli astanti come l'operazione cesarea — se ad onta di multiple incisioni sul collo la mano non riesce ad entrare in cavità, tentisi la versione alla Braxton-Hichs o alla Hüter. — Conviene intraprendere l'atto operativo, anche se la gestante è esausta di forze — in modo da farne temere la morte durante l'operazione, o per effetto di essa, allo scopo, se non altro di salvare più facilmente il feto. — Anche a feto morto, essere ottimo consiglio operare nella stessa maniera, perchè sovente il vuotamento dell'utero è un mezzo efficace per risvegliare la donna dal letargo in cui è caduta; e non fosse altro, affinchè il prodotto del concepimento non abbia

sepoltura nel seno materno. Finalmente, che l'operazione cesarea ante mortem dovrebbe essere riservata solo ai casi eccezionali, in cui, un ostacolo insuperabile impedisse l'esecuzione del parto forzato. Decio.

Acconci. — **Rendiconto clinico dal 1.° gennaio al 30 novembre 1892.** — Venezia, Tipografia dell'Emporio.

L'A dopo aver accennato a varie modificazioni d'indole amministrativa introdotte nell'Istituto Ostetrico Ginecologico della R. Università di Padova, in cui insegnava come professore incaricato, espone il movimento clinico generale, che ammonta ad un totale complessivo di 613 donne. Dedica brevi parole alla profilassi del Comparto ostetrico, che accolse 172 gravide. Nel periodo espulsivo suole far coricare la partoriente sul sinistro fianco secondo l'uso britannico. Nel puerperio si limita alla disinfezione dei genitali esterni e somministra alla puerpera un grammo di segala per 7 giorni consecutivi. Passa poscia in rivista i fatti più salienti, come l'insufficienza renale, le metrorragie, l'interruzione artificiale della gravidanza e le sue diverse indicazioni, le estrazioni manuali, i rivolgimenti, le applicazioni di forcipe, le colpoperineorrafie, le embriotomie, i secondamenti artificiali occorsi. Tocca dei puerperi complicati.

127 furono le accolte per forme ginecologiche. Nella profilassi ginecologica, oltre alle consuete norme di disinfezione, suole amministrare 3 grammi di salicilato di bismuto alla vigilia della operazione laparotomica. Eseguì per indicazioni diverse 53 raschiamenti, 8 colpoperineorrafie, 2 colpoperineauxesis, 5 colporafie ant.; 1 fistola vescico-vaginale; 2 trachelorrafie; 35 escisioni del collo; 1 amputazione sopravaginale; 1 polipotomia; 41 isterectomie vaginali; 7 ovaro-salpingectomie; 19 altre laparotomie per indicazioni diverse. Segue poscia la descrizione sommaria dei singoli casi clinici divisa per ordine anatomico e nosologico ed un quadro riassuntivo delle malattie e delle operazioni. Le mortalità sopra 127 operazioni è segnata colla cifra 3. I tre casi di morte furono: il primo per piosalpinge sinistro comunicante col retto e complicato a fibromioma interstiziale edematoso. Operato con isterectomia sopravaginale e trattamento extraperitoneale del peduncolo. Il secondo per carcinoma ovarico con diffusione al peritoneo, operato con ovaro-salpingectomia bilaterale. Drenaggio alla Mikulicz; ed il terzo per ovaro salpingite bilaterale complicata a tubercolosi peritoneale, in cui si praticò l'ovaro-salpingectomia.

Il rendiconto termina coi dati statistici risguardanti il servizio dl Ambulatorio di ostetricia e di ginecologia ed il servizio ostetrico gratuito a domicilio.

Decio.

Quenu. — **De l'hystérectomie vaginale par section médiane de l'utérus dans le traitement des suppurations pelviennes.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, mai 1892.

L'A. fa brevemente la storia della operazione Pean-Segond che consiste essenzialmente nel morcellement, che ha per iscopo di rendere mobile un utero che possa sembrare immobile e non attaccabile. L'A. crede che sia più conveniente di incidere l'utero sulla linea mediana che lateralmente. Contesta a Müller la priorità di tale processo, che questi aveva messo in uso per altri intenti.

Decio.

Routier. — **Du traitement des suppurations pelviennes.** — *Annales de Gyg. et Obst.*, mai 1892.

Scopo dell'A. è quello di ben definire le indicazioni della operazione Pean-Segond. Ricorda che nella comunicazione di Segond pochi furono i casi di vere suppurazioni pelviche in cui la mortalità non era inferiore a quella della laporotomia. Solleva poscia la questione se l'abbandono degli annessi nel bacino non renda inutile l'operazione. Vide più volte abilmente operare il Segond, ma non ne fu convinto; l'operazione gli sembrò sempre cieca e brutale. Più volte l'A., aperse collezioni del Douglas, delle trombe e delle ovaia per la via vaginale e crede che l'apertura dello spazio del Douglas a scopo esploratorio possa essere comparata alla laparotomia esplorativa prima di procedere alla isterectomia. L'isterectomia con morcellement è giudicata dall'A. pericolosa, specialmente dal punto di vista della emorragia, se una pinza viene a sfuggire. Contro tale pericolo è partigiano della incisione mediana alla Quénu, crede per altro non potersi affermare un metodo unico, ma secondo i casi: Accontentarsi della semplice incisione vaginale — fare l'isterectomia vaginale con ablazione degli annessi — rimanere fedeli alla laparotomia.

Ammette che l'intervento vaginale, cœteris paribus, è infinitamente meno grave del laparotomico, se l'emorragia è vietata; e lo shock è assai minore per la tolleranza del peritoneo pelvico in confronto alla grande sierosa. Ma le pinze a permanenza disturbano grandemente le operate, talchè le operande della sua sala insistevano per essere laparotomizzate. L'A. crede doversi fare l'isterectomia vaginale *quando è manifestamente dimostrato che la lesione degli annessi è bilaterale, e ben inteso quando l'intervento è richiesto.* Preferisce la laparotomia per

piccole salpingiti e per ovariti ed affezioni sclero-cistiche; nei piosalpingi, e nelle grandi raccolte tubariche, per infezione che può partire dai monconi, preferisce la via vaginale, e specialmente se coesistono ascessi ovarici, o periovarici, con aderenze intestinali. Così pure nei casi ove l' ascesso pelvico è divenuto fistoloso. Porta poscia la propria statistica, di 16 casi così composta: 4 ovaro-salpingiti interstiziali od ematiche, 4 guarigioni, — 12 ovaro-salpingiti purulente o ascessi pelvici male localizzati, 12 guarigioni.

Decio.

NOTIZIE

XI Congresso Medico Internazionale

ROMA 1893.

Al 15 maggio le comunicazioni scientifiche da farsi al Congresso, del cui titolo è giunta notizia ufficiale alla Segreteria Generale, raggiungono il numero di 250.

L' ufficio di Segreteria ha compilato dettagliate istruzioni per i viaggi dei Congressisti esteri con gli itinerari dei diversi viaggi diretti marittimi e terrestri fino ai confini Italiani e dei viaggi diretti o circolari per l' Italia da ciascun confine di arrivo coi relativi prezzi, che verranno stampate e diramate nel corrente mese.

La Società Medica di Cracovia comunicò di aver costituito uno speciale Comitato Nazionale Polacco che estenderà la sua azione e propaganda in tutti i paesi di nazionalità Polacca della Russia, Germania ed Austria, alla cui presidenza è stato nominato il prof. dott. Cybulski di Cracovia.

Lettere da Lisbona annunziano la costituzione definitiva del Comitato Nazionale Portoghese così composto; presidente, Josè Thomaz de Sousa Martins: membri, dott. Daniel de Mattos, Coimbra — Gregorio Rodrigues Fernandes — Illydio Ayres Pereira do Valle, Porto — Josè Joaquim da Silva Amado — Manuel Vicente Alfredo da Costa — Virgilio Cesar da Silveira Machado — Segretari: Guilhernee M. da Silva Jones, direttore del *Corriere Medico* di Lisbona — dott. Henrique Mouton — Josè Eduardo Fragoso Tavares, direttore della *Medicina contemporanea* di Lisbona.

Questo Comitato ha già diramato inviti a tutti i medici, professori e cultori di scienze aventi rapporto colla medicina, del Portogallo ed ottenuto dal Governo Portoghese il ribasso del 50 0[0 su tutte le ferrovie dello Stato con invito alle Società ferroviarie private di fare altrettanto.

Il Ministero degli Affari Esteri della Repubblica dell'Equatore comunica che il governo dell'Equatore ha nominato per suoi rappresentanti al Congresso i dottori Riccardo Ortiz e Riccardo Cucalon di Guayaquil.

Ecco alcune delle più importanti adesioni pervenute al Comitato Esecutivo del Congresso in questi ultimi giorni.

Il Club Medico di Vienna mentre aderisce al Congresso nomina a' suoi delegati i dottori Max Herz, Geza, Kobler, August Hock.

Il dott. Ramon Garcia Gonzales, rettore della università nazionale della Città di San Salvador ha accettato la nomina di Presidente del Comitato Nazionale Medico della Repubblica di San Salvador per la partecipazione al Congresso di Roma.

Il Ministro degli Esteri del governo imperiale del Giappone comunica che il dottore Ioshindo Inoko, professore al Collegio di Medicina dell'università Imperiale di Tokio, è stato nominato delegato del governo imperiale giapponese.

Il principe di Monaco ha scritto di aver delegato a rappresentare il suo governo al Congresso, il dottore F. Luigi Colignon medico dell'Ospedale di Monaco.

Il dottore professore Alessandro Bobroff è stato incaricato di rappresentare l'università di Mosca.

Il Comitato Nazionale per tutte le Provincie Polacche della Russia, Germania ed Austria, è riuscito composto dei seguenti dottori; presidente prof. Cybulski; segretario dott. Radeski; membri; prof. Domanski, prof. Glusinski, prof. Poniklo, prof. Rydygier e prof. Zarewicz.

Il dott. prof. Babes di Bukarest ha accettato di tenere una conferenza in una delle sedute plenarie del Congresso e tratterà *della posizione dello stato di fronte agli ultimi risultati degli studi sulle malattie infettive.*

L'inaugurazione del Congresso.

Il Congresso sarà infallantemente inaugurato coll'intervento di S. M. il Re d'Italia il giorno 24 settembre 1893.

Ripetiamo insistentemente questa notizia perchè erano corse voci infondate e raccolte di eventuali proroghe.

Nessuna proroga fu mai decisa ed il Comitato Esecutivo nella sua ultima seduta plenaria del 1.° giugno ad unanimità stabilì il programma e l'ordine dei lavori e prese tutte le disposizioni opportune perchè pel 24 settembre i locali sieno completamente allestiti.

Nel recare a cognizione dei Colleghi Italiani e stranieri questa notizia, rivolgiamo a tutti calda preghiera di voler mandare sollecitamente le loro comunicazioni perchè è imminente la stampa del Programma preliminare.

È utile ricordare ai medici che intendessero fare delle comunicazioni al Congresso che a norma dell'articolo 11.mo del regolamento generale, queste debbono essere prontamente annunziate alla Segreteria generale in Genova e che di ogni comunicazione deve essere inviato un brevissimo sunto e le conclusioni non più tardi del 31 luglio prossimo.

Presso il Comitato Centrale procedutosi allo spoglio delle schede per l'elezione del presidente della Sezione II *(Fisiologia)* risultò eletto il dottore Angelo Mosso, professore ordinario di fisiologia nella R. Università di Torino.

La presidenza del Congresso ha deliberato di affidare ai Comitati locali Italiani la cooperazione all'organizzazione del lavoro scientifico. A tale scopo ha stabilito che i signori Congressisti, oltre che ai presidenti delle singole 19 sezioni, possano

rivolgersi anche ai presidenti dei rispettivi Comitati locali per tutto quello che riflette il lavoro scientifico.

I signori presidenti, mantenendosi in rapporto costante con la segreteria generale, ne riferiranno ad essa man mano che se ne presenti l'occasione.

NECROLOGIO

Dott. GUSTAVO SANGREGORIO.

Annunciamo con dolore la morte di questo valente cultore dell'ostetricia e della ginecologia, che in età ancora giovane, col suo ingegno, col suo studio, colla sua assidua applicazione aveva già saputo conquistarsi un posto notevole non solo nell'esercizio professionale, ma anche nel campo scientifico. Aiuto nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore, era l'anima e la mente del *Giornale delle Levatrici*, nel quale scrisse numerosissimi articoli di svariatissima natura. Oltre a questi lascia molti e pregevoli lavori, fra i quali ricordiamo:

Articolo « Distocia. » (*Enciclopedia Medica Vallardi*) (*) — « Guida pratica per le levatrici » (Vallardi) — « Vaiolo e gravidanza (statistica desunta dalle cedole cubicolare della Rotonda di Milano). » *Atti del Congr. Medico di Pavia* (*) — « Osservazione di sinfisiotomia. » *Atti dell'Associaz. Medica Lombarda* — « Sopra un caso di infezione vaiolosa fetale. » *Atti dell'Associazione Medica Lombarda.*

Minato lentamente da inesorabile morbo, trasse dalla sua grande energia la forza di attendere alle sue occupazioni anche quando il suo organismo era affranto, il suo corpo quasi agonizzante, e di lui può dirsi veramente che morì sulla breccia.

(*) Pubblicata la traduzione nei giornali di ostetricia americani.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XV. Luglio 1893. Num. 7.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

DELL'ABORTO ABITUALE

NOTA CLINICA

DEL

Dott. OTTAVIANO MARCHIONNESCHI

Libero docente con effetti legali di Clinica Ostetrica e Ginecologica
nella R. Università di Pisa.

All'espressione di *aborto abituale* sostituisco il termine di *aborto recidivo* perchè quella qualifica di abitualità, se pure finisce per riuscire consona alle idee che hanno fin qui dominato in proposito, contrasta potentemente con la dignità, con la dovizia, con gli ideali del medico sapere e della progrediente arte curativa. Recidività di malattia invece non esprime la perseverante continuità e l'indeterminato numero degli atti che si dicono abituali, e sebbene denoti anch'essa una ripetizione del male preso a combattere, pure fa largo alla speranza d'una limitazione nel numero delle ricadute e ad una cessazione del fenomeno morboso. Mentre *abitualità di malattia* si può tradurre in confermata impotenza terapeutica, a quel modo che nel campo morale abitudine al vizio designa insuccesso dei mezzi impiegati a debellarlo od inettezza di personale azione e volere per ottenerne la correzione.

Parmi dovere di chi dedica la sua vita all'investigazione del vero essere delle cose, che si adopri a tutt'uomo per rendersi il passo libero a quella conquista e che sgombri il terreno di ogni ostacolo e che allontani qualsiasi ancor leggero impaccio sulla via già per sè assai malagevole e spinosa. Quindi è che per sopprimere ogni appiglio od ad-

dentellato all'acquiescenza dell'ignoto e del misterioso, nel nostro caso non sarà mal fatto di abbandonare quell' aggettivo di *abituale* per l'aborto che si ripete frequenti volte. Elevando al grado di causa o classando nell'etiologia l'elemento abitualità si porge mano all'oscurantismo perchè riprenda il posto da cui fu sbalzato e si tarpa l'ali all'investigazione scientifica.

Occorre di sapere da che mai può derivare il recidivare dell'aborto e come avviene che l'utero tanto spesso si ricusi di ospitare per più di 4, 5, 6 mesi il prodotto del concepimento, infine perchè « l'avortement est souvent une protestation pratique de l' organisme contre la grossesse. » (Barnes).

La causa vi deve essere e dobbiamo saperla trovare o nel generale organismo o nelle condizioni dei visceri pelvici. Ci servano di guida le argute riflessioni che il Barnes porta a comprovare che l'aborto spesso è una pratica protesta dell'organismo contro la gravidanza. Egli scrive che: *la grossesse étant une épreuve physiologique de la santé du sujet, s'il se trouve malade et incapable de supporter cet effort, la nature utilise sa seule ressource, l'avortement.*

Indaghiamo adunque il genere della malattia causale dell'aborto ed il difetto di continuazione dello stato fisiologico, per cui ne consegue che l'utero non mantenga entro di sè l'ovo fino a maturanza.

Il novero delle cause d'aborto che si enuncia nei trattati di ostetricia a cominciare da quelli di Baudelocque, M. Boivin, ecc., ecc., per venire ai moderni, è progressivamente andato crescendo e volendo compendiarle in un breve cenno si rischia di fare cosa incompleta; perciò ho voluto tentare di riassumerle colla formazione d'un quadro (che riporterò più oltre) riassuntivo delle cause dell'aborto in genere, dopo avere espilato qua e là il più comprovato, il meno incerto, il più plausibile e più accettato e questo col fine di completare lo studio dello speciale aborto che ho denominato recidivo o recidivante e che altri già chiamarono abituale od a ripetizione. Di nessun profitto sarebbe stato l'avere voluto racimolare qua e là tutte le svariatissime eventualità che secondo alcuni poterono o possono assorgere all'entità di vere cause.

Allo stragrande numero di elementi etiologici, di fatti causali dell'aborto in genere, nei quali alcuni autori videro egualmente i moventi dell'aborto appellato abituale, forma singolare contrasto l'unicità dell'o-

rigine assegnata da altri ostetrici a questa stessa specie di aborto di cui qui ci occupiamo.

I primi osservatori dopo avere cercato e ricercato nel campo etiologico un fatto morboso imputabile all'organismo materno, fetale o paterno, doverono, scoraggiati, confessare l'impossibilità di rinvenirlo e vennero alla conclusione che la donna fecondata era esposta alla frequente interruzione della gravidanza *senza che malattia alcuna ve ne desse occasione.*

Importa, io credo, di conoscere in qual modo altri studiosi spiegavano questa facilità di abortire tante volte di seguito; e come conciliavano con la loro spiegazione il fatto del sempre maggiore avvicinarsi dell'epoca di questi aborti a quella del normale termine della gravidanza, via via che il numero di essi si accresceva.

Dando una scorsa agli autori più antichi e giù giù venendo ai meno lontani dai nostri tempi, senza perdersi in citazioni lunghe e minuziose, posso riassumere le loro idee in queste affermazioni che seguono. Antichissimamente si ammise che *l'abitudine fosse di per sè stessa la causa*, indi si indagò un po' più accuratamente e si asserì che l'abitudine fosse l'effetto d'un particolare stato dell'utero. Alcuni lo vollero riposto in una irritabilità eccessiva o sensibilità esagerata dell'utero; altri nell'incapacità delle sue fibre al necessario sviluppo e dovuta distenzione e per dirlo con Baudelocque (1789) « dans la roideur de ses fibres qui n'ont pu s'étendre au delà d'un point donné sans être violemment irritées et sans se contracter. »

Continuando nelle mie espilazioni non trovo gran che di variante nelle opinioni di molti altri ostetrici venienti dopo il Baudelocque. Citerò quindi soltanto alcune idee di ostetrici più vicini a noi per passare ai contemporanei. Nel 1820 Gardien di Liegi scriveva così: Sembra che l'utero conservi una specie di tendenza a produrre l'istesso atto all'epoca medesima in cui altre volte è accaduto. E poi concludeva che il più sovente non se ne può accusare che la sensibilità nervosa troppo esaltata.

Braun (1869) tratta d'una disposizione all'aborto (*dispositio abortiva, abortus habitualis*) contratta per malattia o cause diverse che alterano la crasi sanguigna, l'equilibrio nervoso, la tessitura degli organi, i rapporti meccanici.

Naegele e Grenser (1871) scrivono: « nous mentionnerons ici d'une manière *spéciale la disposition de la matrice à l'avortement,* caracterisée par le retour prématuré des contractions à la même époque dans plusieurs grossesses consecutives. Cette tendance à l'avortement devient de plus en plus prononcée, de telle façon que la fausse couche finit par se produire dans chaque gestation et toujours à la même époque sans autre cause *connue et malgré la prophylassie la plus attentive* (avortement habituel). »

Balocchi (1871) indica la rigidità della fibra come causa predisponente all'aborto ed è chiaro che vuole accennare a quello abituale.

Hubert (1878) a questo proposito si esprime così: « la plupart des auteurs admettent en outre que un premier avortement prédispose à un second; *abortus abortum invocat.* Mais nous pensons que les fausses couches répétées sont dues moins à l'influence de l'habitude qu'à la persistance ou au renouvellement des causes qui ont produit la première. »

Il prof. Morisani nel suo Manuale scrive che l'aborto può derivare ancora da rigidità della fibra muscolare, come in alcune donne le quali abortiscono in varie gravidanze successive ad epoca più inoltrata.

Tarnier e Budin (1886) indicano quali elementi causali l'irritabilità della fibra, l'ereditarietà dell'aborto, il *molimen hæmorrhagicum* persistente nella gravida che prima aveva per solito copiose mestruazioni.

Si legge nello Schroeder (1888), traduzione Rocca, annotazioni del professore D. Tibone che non si può dubitare che, senza si rilevino stati patologici dimostrabili, in alcune donne si riscontri una certa sensibilità esagerata, la quale predispone all'aborto. Secondo me questa sensibilità morbosa per la quale alcune gestanti sempre si sconciano e per lo più *ad un tempo determinato* (aborto abituale), sarebbe straordinariamente rara e da credervi soltanto, quando dopo un accurato esame si sia messo in sicuro che il feto e le membrane sono sane, e che la madre non soffre di malattie locali o generali capaci di farla abortire.

Il prof. A. Cuzzi nel suo « Trattato di ostetricia per le levatrici, » accenna ad una sensibilità esagerata, consigliando però a non volerla troppo sovente ammettere, poichè spesso è causa dell'aborto una malattia vera e propria e frequentissimamente la sifilide.

Olshausen (1), Hegar, Kaltenbach (2) e Mundé (3), notarono in donne che soventemente avevano abortito la esistenza di antiche lacerazioni e naturalmente doverono affermarle per cause frequenti d'aborto. Nöggerath impugnò tale asserzione nel congresso dei naturalisti di Germania (a. 1877) ed all' opposto sostenne la maggiore facilità di quelle speciali malate alla gravidanza e per di più la quasi immunità in esse ad abortire. Ma il fatto clinico di Schwarz (4) è là per dar ragione ad Olshausen ed agli altri. Trattasi d' una donna operata di forcipe in un parto a termine. L' operazione produsse un' estesa lacerazione del collo uterino. La donna rimase incinta di nuovo, ma abortì. Ebbe in seguito varie altre gravidanze e tutte si arrestarono per aborto al 5.° mese. Curata la lacerazione con l'operazione di Emmet e restata di poi nuovamente incinta, potè sgravarsi a termine felicemente.

Per chiusa alla serie delle mie note sopra le molte e svariate opinioni degli ostetrici in riguardo dell'etiologia dell'aborto recidivante, toccherò di volo d'una teoria bacteriologica che trova appoggio in osservazioni cliniche microscopiche, e che fin ora ebbe la sua applicazione in veterinaria (5). Devesi al prof. Budin, rinomato ostetrico e dotto insegnante in Parigi, il merito di avere richiamato l'attenzione degli studiosi su questo interessante lavoro. Invece di riassumere le conclusioni di Nocard (conclusioni che possono leggersi nel *Recueil de médecine vétérinaire*, f. 15 settembre 1886), dirò solo che M. Nocard esaminando accuratamente delle vacche che avevano abortito ed altre che avevano portato a termine la gravidanza, scoprì *soltanto in quelle prime* la esistenza di microbi nella cavità uterina, fra le membrane fetali, la mucosa endo-uterina e nei solchi cotiledonari. Gli stessi microorganismi rinvenne spesso nel bulbo del piccolo nato e qualche volta nel tubo intestinale di esso.

Citammo già alcuni che hanno fatto menzione di ereditarietà. Il mio carissimo amico e celebre cultore di medicina legale, il dott. A. Filippi,

---

(1) « Zur Pathologie der Cervicalrisse. » *Cent. f. Gyn.*, 1877, N. 13.

(2) « Traité de gynécologie opératoire. » Paris, G. Steinheil, 1885.

(3) *Minor Surgical Gynecology*, New-York, 1885.

(4) E. Schwarz. *Volkman's Sammlung*, N. 241, 1884.

(5) M. Nocard. « Recherches sur l' avortement épizootique des vaches. » 1886.

professore nell' Istituto di Studii Superiori in Firenze, mi comunicò notizia di tre aborti da lui osservati e non imputabili ad altra causa che l'ereditarietà. Ho creduto bene riferirne qui perchè mi sono sembrati di un certo interesse. Tre madri che abortirono più volte, ebbero poi un parto a termine. Le figlie di queste donne abortirono pur esse e sempre senza che coesistesse sifilide od altra malattia già conosciuta capace di interrompere la gravidanza.

Ed ora dall'analisi passando alla sintesi condenserò qui in un quadro le cause d'aborto, come già dicemmo, più note e più apprezzate.

Una delle divisioni più comuni è quella in *cause materne e fetali* e noi volentieri qui l' adottiamo sostituendo semplicemente la parola *embrione* a quella di *feto*, dicendo invece che cause fetali, *cause embrionali* perchè ci pare che così possa comprendersi meglio tutta la vita del prodotto del concepimento. Quelle *materne* si possono suddividere in *generali* e *locali* e tutte si accomunano in uno dei due effetti che sono o il determinarsi delle contrazioni dell'utero o la morte del contenuto uterino e di conseguenza l'effetto finale dell'espulsione di questo.

La patologia dell' embrione fornisce adunque la seconda serie di cause. E queste insite in esso ci possono sfuggire, perchè l'ovo è quasi sempre sottratto all' osservazione del clinico, del patologo, del microscopista o se è anche conservato da qualche levatrice o da qualche medico, non è preso nella dovuta considerazione, non è studiato e forse neppure degnato d' una inspezione superficiale.

Una terza serie va sotto la designazione di *cause paterne.*

Noi non ci occuperemo qui del meccanismo o meglio delle vie di conduzione che portano alla insorgenza della contrazione uterina, e lasceremo da parte ogni dettagliato rilievo sovra una peculiare struttura istologica, sugli attributi del sistema nervoso, sul centro di riflessione cerebrale, su quello di riflessione genito-spinale e del simpatico, che possono essere chiamati in giuoco nella produzione dell'aborto. Non ci intratteniamo neanche su tutte quelle cause che rientrano nel dominio dell'igiene e della fisiologia e venendo direttamente all'etiologia che ha il suo substrato nella patologia muliebre, embrionale e paterna, aggrupperemo tutto il copioso materiale nei tre seguenti specchietti.

CAUSE DELL'ABORTO.

Cause materne.

Sifilide — Tifo — Febbri miasmatiche — Pioemia — Setticemia — Polmonite — Tubercolosi — Vajuolo — Scarlattina — Morbillo — Diarrea cronica — Colera — Avvelenamento per piombo, rame, mercurio ed Asfissia da gas nocivi — Scrofola — Albuminuria — Itterizia grave — Diabete — Cardiopatie organiche — Litiasi — Affezioni convulsive — Apoplessia — Traumi — Malattie degli organi sessuali — Lesioni dell'utero — Flogosi uterine — Endometrite deciduale — Tumori (miomi, adenomi, cancro, sarcoma) — Flogosi e tumori dell'ovaie — Erosioni della cervice uterina, ipertrofia, polipi — Vizi di conformazione dell'utero — Vizi di posizione — Subinvoluzione.

Cause paterne.

Sifilide — Alcoolismo — Tubercolosi — Cachessia cancerosa — Avvelenamento per solfuro di carbonio nei lavoranti di caoutchouc — Coito eccessivo.

Cause embrionali.

Difetto di sviluppo — Vizi di conformazione, di situazione, di atteggiamento del feto — Torsione del cordone, traumi — Malattie comunicate al feto, vaiuolo, sifilide — Anomalie, stati patologici dell'amnios, del cordone — Flogosi, neoformazioni, anomalie della placenta.

Scendendo dal generale, dal complesso al particolare, riporto qui alcuni fatti clinici di frequenti recidive di aborto, da me osservati nella mia pratica privata e li riferisco perchè il tema cui si annodano mi è sembrato studio di non lieve interesse per i cultori della scienza e dell'arte ostetrica. Come già avvertimmo, l'etiologia di questo genere d'aborto non è ancora sufficientemente palese e lo prova la qualifica assegnatagli di abituale che sta a rappresentarci una determinazione incompleta; in-

fatti viene spontanea la domanda: « da che è reso abituale o recidivante questo aborto? » È un *quid* che ha, lo vedemmo or ora, affaticato non poco la mente investigatrice degli studiosi e noi pure vogliamo dedicarvi un po' di tempo ed un po' di lavoro, con lo scopo, se non altro, d'indurre altri a percorrere questa via, portando intanto il nostro modesto contributo alla scientifica ricerca. E coerentemente a questo nostro intento studieremo minutamente ciascuno dei casi clinici di cui esponiamo la storia. E per discarico dobbiamo premettere che non avendo assistito veruno dei casi d'aborto che narriamo, ed avendo messo insieme tutto ciò che la memoria delle nostre clienti ci ha fornito, queste storie non possono dirsi nè complete, nè ricche di dati clinici.

Caso I. — Maria Corsini di Livorno, di anni 35. La madre le morì a 66 anni di una malattia di cui in famiglia non ricordano il nome. Il padre l'ha vivo tuttora e sanissimo. La Maria Corsini mestruò a 16 anni. I mestrui furono preceduti da dolori all'ipogastrio che si dileguavano al primo apparire del sangue; questo aveva colorito normale, quantità abbondante, durata media, epoca sempre anticipata. A 28 anni la Corsini si maritò. Nel corso di poco più di due anni e mezzo ebbe tre aborti. Il 1.° quattordici mesi dopo che fu sposata ed a due mesi di gravidanza. Corrispondentemente a ciascuna data mestruale, comparve del sangue dai genitali. Negli ultimi giorni del secondo mese fu tormentata da vivissimi dolori addominali e cessati questi incominciò un'emorragia, la quale, ora copiosa, ora scarsa, continuò non meno di quaranta giorni. L'espulsione dell'ovo avvenne in un sol tempo, completa. Vi seguì una perdita di sangue per quindici giorni. Cinque mesi dopo il 1.° ebbe il 2.° aborto. La gravidanza datava da circa 4 mesi. Anche questa fu preannunziata da vivissimi dolori all'ipogastrio e da metrorragia per quasi un mese. L'espulsione del prodotto del concepimento accadde in più volte con la durata di due giorni. La lochiazione fu sempre sanguigna per circa dieci giorni.

Il *terzo aborto* si ebbe a tre mesi di gravidanza e quindici mesi distante dal secondo. Precederono pure a questo, dolori intensissimi alla regione ipogastrica, vi fu anche metrorragia, ma di breve tempo relativamente agli altri due aborti, essendosi protratta per soli pochi giorni. Il prodotto del concepimento fu emesso intiero.

Susseguì per un mezzo mese una lochiazione del tutto sanguigna. Nessuna notizia ho potuto raccogliere sullo stato, sul peso, sul volume del contenuto uterino, sempre però riconosciuto dal medico per un pro-

dotto della concezione. Il *primo aborto* avvenne dopo un grave sforzo corporeo; il *secondo* dopo una lunga gita in barroccino. In coincidenza col terzo non fu notato alcun fatto causale degno di attenzione. Io venni consultato alla 4.ª gravidanza e sul principio della gravidanza stessa riscontrai la donna e non fu difficile porre la diagnosi d'un'antiversione uterina. In seguito ad un accurato esame potei assicurarmi dello stato normale del rimanente dell'organismo; per cui non mi occupai d'altro che della correzione del vizio di posizione dell'utero. Volevo indagarne la causa, ma atteso lo stato di gravidanza ed il difetto d'una chiara e completa anamnesi, non avendo la Corsini in quel tempo un medico curante, mentre potei escludere l'esistenza d'un tumore dell'utero o delle parti circum-uterine, non riuscii a stabilire se l'antiversione fosse un effetto di essudati perimetrici o in corrispondenza del fondo o del collo dell'utero; nè se vi avesse coesistito una metrite.

È permesso supporre che i pregressi aborti abbiano lasciato una subinvoluzione e che a questo si collegasse la successione morbosa dell'antiversione. Non volli applicare il pessario semplicissimo anulare di Meigs, perchè portando esso la distenzione dei fornici e delle pareti vaginali per agire sulla positura dell'utero, temei con questo meccanismo consimile a quello d'un tampone stretto ma voluminoso, si eccitasse egualmente l'utero alla contrazione. Non possedeva il pessario a cuna di Graily Hewitt consigliato anche da Schultze, nè l'altro ideato e raccomandato dal Galabin. Ordinai una cintura ipogastrica appropriata e pressochè eguale a quella di Pajot ed applicai un pessario in alluminio modello Smith (proposto per la retroversione), e del quale invertii la collocazione dell'arco elevato ponendo questo anteriormente. Preferii questo pessario perchè leggerissimo, di piccol volume ed abbastanza solido. Ne ottenni un pieno successo perchè cessarono i dolori che di tanto in tanto tormentavano la gravida, e non s'ebbero più contrazioni, nè altri fenomeni di imminente aborto, e la gravidanza continuò fino al 280.° giorno. Devo avvertire che al 4.° mese tolsi il pessario e feci tenere più lenta la cintura, raccomandai sempre il riposo in posizione orizzontale fin da principio scrupolosamente osservato, e per non tediare troppo la donna, più tardi permisi che qualche ora del giorno se ne stesse in piedi.

Il parto procedè regolarmente per alcune ore; ma in seguito le contrazioni uterine si illanguidirono, si fecero più rare, scemarono di forza e di durata e fu necessario sostituire la *vis a fronte* alla deficiente *vis a tergo*, l'inerzia uterina reclamò il forcipe ed una applicazione di questo nello scavo fece terminare felicemente il parto per la madre e per il feto. Il puerperio decorse normalmente; il bambino fu dato a balia.

Dopo alcuni mesi la Maria Corsini rimase nuovamente incinta. Con-

sultato pure in questa ultima gravidanza, istituii per tempo la cura già antecedentemente praticata, non essendosi completamente ripristinata normale la direzione e posizione dell' utero. Il metodo terapeutico anche questa volta raggiunse lo scopo; e così può dirsi perchè anche questa volta non erano mancate ripetute minacce di aborto, pure la gravidanza andò a termine ed il parto fu naturale, spontaneo, facile, il feto nacque vivo, sano e ben sviluppato. Dopo questo parto non ho più riveduto la Corsini, che abita un paese della Provincia di Pisa. Ho potuto però sapere dal gentilissimo e buon collega dott. Tognelli, attuale suo medico, ch'ella gode perfetta salute.

Caso II. — La signora Clotilde C., di Novara, dell'età di anni 30, di professione attendente a casa, è figlia di genitori sani. Il padre le morì in età molto avanzata; la madre vive in buona salute e nelle sue gravidanze che conta in numero di tredici, nulla di anormale è mai accaduto, se si esclude una sola gravidanza che non andò a termine e fu interrotta in causa d'una cascata nei primi mesi. La signora Clotilde C. ebbe la prima mestruazione a 12 anni e questa decorse regolarmente fino al 18.º anno; ma da quest'epoca i mestrui incominciarono ad anticipare la loro comparsa mensile, ad essere accompagnati da dolore e rappresentati da un flusso di sangue nerastro quasi sempre, talvolta verdognolo.

Per non trascurare alcun che, ricorderò che circa in quel torno di tempo la signora C. fra tutte le sue occupazioni aveva data la massima preferenza a lavori che eseguiva con la macchina da cucire, a movimento di pedale. La signora C. si maritò a 24 anni. Poco dopo il matrimonio osservò un continuo stillicidio di sangue dai genitali, che perdurò per un mese e mezzo, i primi giorni, a suo giudizio, avente i caratteri d'una mestruazione ed in seguito quelli d'un aborto che infine successe davvero con dolori insopportabili. Passati i cinque mesi ebbe un *secondo* aborto che credè causato dallo spavento avuto per lo scoppio d'una castagnola.

In seguito furonvi altri *quattro* aborti senza causa apparente e tutti su per giù alla stessa epoca di gravidanza e precisamente fra i primi 45 o 50 giorni. Durante tutte queste gravidanze si ebbero fenomeni pressochè identici e cioè stipsi, catarro vaginale, dolori lombari e nei giorni precedenti l'interruzione dello stato gravidico dolori uterini, emissione d'un po' di sangue dai genitali e progressivamente aumento dei dolori, aumento della metrorragia e conseguente espulsione dell'ovo. Non essendomi trovato presente al caso che vado narrando, non posso (come già avvertii in generale per tutti e quattro), dare la più piccola informazione su quanto potrebbe interessare l'ostetrico e l'anatomo-patologo

a riguardo del materiale emesso dall'utero gravido. Soltanto io so che ottenuto l'aborto, i dolori al sacro, all'ipogastrio persistevano per tre o quattro giorni, poi sopravveniva un discreto benessere che mantenevasi fino a nuova gravidanza e la sua successiva interruzione.

Era natural cosa che la signora C. dopo il primo aborto si sentisse impaziente di tentare ogni possibile mezzo di cura per non ricadervi; perciò si rivolse a dotti ed esperti medici, i quali consigliarono vari razionali espedienti, ma senza un risultato soddisfacente, perchè non solo non fu possibile di mandare al suo termine una gravidanza, ma neppure si ottenne che si spostasse progressivamente la data già stabile dell'aborto, il quale come abbiamo notato si ripetè un buon numero di volte e sempre entro quel solito periodo di gravidanza.

Fu dopo il 6.° aborto che io ebbi occasione di visitare questa signora e fu essa stessa che mi fornì le notizie con le quali ho compilato alla meglio questa narrazione.

Eseguito un esame minuzioso, lungo ed accurato, non mi risultò veruna anormalità nè anatomica nè funzionale sia dell'apparecchio della circolazione, sia di quello della respirazione e neppure dal lato del sistema nervoso nè di altre parti dell'organismo. Rivolsi la mia attenzione alla zona degli organi genitali, e qui due stati morbosi con non grande difficoltà ebbi modo di riconoscere.

Riscontrai nell'utero un arresto di sviluppo con le parvenze di un utero pubescente e con questo anche uno spostamento dell'intiero corpo uterino in direzione del sacro, una retroversione.

L'elettrizzazione interna esterna, endo-uterina e addominale giovò allo sviluppo della fibra uterina, alla migliore nutrizione del tessuto; ed un pessario Hodge mantenne la correzione del vizio meccanico, correzione che io eseguii con le solite manualità consigliate ed adottate dalla generalità dei ginecologi odierni.

Aggiunsi a tutto ciò una cura arsenicale ferruginosa e l'uso dei bagni di mare. La signora C. tenne il pessario fino al 4.° mese, passato il qual limite il medico di famiglia, da me consigliato, glielo tolse.

Mercè questa cura, cui la stessa paziente associò il beneficio di alcune ore di riposo in letto, ebbe il conforto di giungere con la sua gravidanza fino al termine del nono mese.

Il parto fu felicissimo sì per la madre come per il figlio, che fu allattato dalla madre stessa. Il puerperio procedè fisiologicamente e l'anno testè decorso io seppi dalla signora stessa le sue ottime condizioni di salute.

Caso III. — A. di C., Prov. di Massa e Carrara, conta 36 anni di età, di condizione benestante. Ha sana fisica costituzione e solo si può

dire lievemente anemica. Non è stata mai ammalata. Il padre le morì di apoplessia, la madre dicesi di una nevropatia. La madre ebbe un solo aborto; ma la nonna abortì sette volte. Alla signora A. fu a 14 anni che comparve la prima mestruazione che proseguì in modo regolare per qualità, quantità, tempo. Spesso però fu accompagnata da dolori. — Si maritò a 33 anni e mezzo. Poco dopo si accorse di essere gravida; ma a due mesi e venticinque giorni di gravidanza fu colta da dolori uterini cui si associò una metrorragia da prima poco grave, che poi andò man mano aumentando e infine terminò con la emissione d'un piccolo germe, il giorno appresso seguito dalla decidua. Per quindici giorni venne sangue dai genitali, ma eccettuato il giorno dell'aborto, si mantenne in quantità non inquietante. Per molto tempo fu impensierita di un affievolimento appariscente delle forze, dolori alle regioni lombari e verso l'anca destra. Si credè, in famiglia, che causa di questo aborto fossero state le iniezioni vaginali fredde che la signora A. faceva due volte al giorno, con enteroclisma sospeso molto in alto e che furono a lei consigliate quale un buon mezzo curativo!

Nel maggio dello stesso anno, che fu il 1890, la signora che trovavasi un' altra volta gravida di circa due mesi, di nuovo abortì. L'emorragia fu strabocchevole ed il suo medico oltre ad altre prescrizioni, ordinò la vescica con ghiaccio sul corpo; l'ovo fu cacciato fuori a piccoli brani in più volte ed il sangue non cessò mai di fluire abbondante per quaranta intieri giorni. Di questo secondo aborto non si scoprì veruna causa materialmente apprezzabile. La signora A., desiderosa di avere un figlio vitabile, fu condotta dal suo consorte qui in Pisa ed io fui ricercato per l'esame e la cura opportuna.

Accusava un intenso dolore alla regione ovarica sinistra (zona isterogena dello Charcot), si preoccupava d'una copiosa leucorrea e della soverchia stanchezza dalla quale era specialmente colpita dopo breve cammino.

Era molto denutrita, offriva le mucose fortemente decolorate, la cute pure pallida e con scarso pannicolo adiposo sottostante, le masse muscolari rilasciate, ma in compenso una struttura scheletrica più che regolare e quasi maschile. A vederla, così di primo acchito, si sarebbe detta una convalescente di malattia polmonare durata a lungo. Ma l'esame anamnestico, le ricerche più accurate unitamente ad una scrupolosa inspezione, percussione ed ascoltazione del torace non rintracciarono la benchè minima alterazione degli organi polmonari. Tutto il resto dell' organismo pure trovai sano; ma nell' esplorazione degli organi genitali il responso fu ben diverso. Qui notai i reliquati d'una lieve ovarite subacuta ed una antiversione uterina che mi affrettai a ridurre e mantenni poi ridotta con pessario appropriato.

L'ovarite si risolvè mercè l'uso delle acque salso-iodiche di Castro-

caro, applicate in vario modo come semicupi, empiastri e irrigazioni per vaginam. Coadiuvò l'azione di queste acque il solfo-ittiolato di ammonio.

Appena finita la cura, si verificò la terza gravidanza la quale finalmente continuò regolarmente fino al 9.° mese.

Vi seguì normale, spontaneo, sollecito il parto ed il puerperio non presentò alcun che di patologico. Il bambino nacque sano e ben conformato.

La signora A., che sappia io, non ha avuto altre gravidanze: gode perfetta salute e non è più minimamente angustiata dalle sofferenze per lo addietro tanto tenaci.

Caso IV. — A. S. di Livorno, dell'età di anni 28, di professione attendente a casa. Ha tuttora vivente il padre che è sano: la madre (che le morì per malattia intestinale) partorì sempre a termine.

La signora A. vide la sua prima mestruazione a 14 anni; questa fu costantemente irregolare; durava circa 8 giorni, anticipava ogni volta 4-5 giorni ed era piuttosto abbondante.

Sposò a 20 anni un giovane forte e robusto e che non soffrì mai malattie d'importanza, nè fu affetto da sifilide. Per meglio assicurarmi della non esistenza di sifilide volli che un valente professore di dermosifilopatia lo esaminasse e lo prendesse in cura per una lieve dermatite che presentava sulla pinna nasale destra e che esisteva da qualche tempo; fu escluso che rappresentasse una manifestazione sifilitica.

A 21 anni questa sposa ebbe il 1.° aborto. Altri cinque seguirono a questo. Furono tutti fra i due e i tre mesi di gravidanza. La seconda gravidanza eccezionalmente si prolungò fino vicino al normale termine, poichè l'interruzione avvenne solo per parto prematuro all'8.° mese. Ma il feto era morto, nè si sa da quanto tempo.

Le gravidanze si succederono con questo ordine: la 2.ª avvenne nell'anno 1886; la 3.ª e la 4.ª nel 1887; la 5.ª nel 1888; la 6.ª nel 1890.

Gli aborti furono preludiati da scolo di sangue dai genitali che durò qualche giorno.

L'espulsione dell'ovo non si fece mai sollecitamente ed accadde in più tempi, impiegandovi talora tre, tal altro quattro giorni a completarsi.

Anche tutta questa storia (giova il ripeterlo) l'ho raccolta a mezzo d'interrogazioni fatte al marito ed alla consorte, non avendo mai prestato assistenza ostetrica in questa famiglia.

Il secondamento in alcuni aborti seguì dopo alcune ore, in altri dopo due o tre giorni e più d'una volta gli annessi vennero emessi non intieramente in un sol momento ma a varie riprese. Susseguentemente fluì dai genitali sangue in non lieve quantità e per molto tempo.

Conseguenza di tale morboso procedere delle gravidanze fu una sensazione di dolore acuto, insistente, durevole alla regione del sacro, un grado non indifferente d'anemia ed un affievolimento marcato delle forze cardio-vascolari, non che un abbattimento morale che con le altre cause influì ad indurre nella signora A. una grave denutrizione.

Volli ricercare le possibili cause di tanti aborti, ma non potei averne notizie esatte. Soltanto mi si accertò che nel 1.° crederono poterne incolpare un errore di cura dovuto alla supposizione di una malattia, quando invece non sussisteva che una gravidanza. Al 2.° aborto precedè una causa traumatica, avendo la signora A. battuto della persona contro un mobile e col 4.° coincidè un fortissimo spavento. Degli altri non seppero darmi informazione alcuna.

L'anno passato la signora A. S. ebbe la gioia di partorire al 9.° mese un figlio vegeto e sano. E tale resultanza coscienziosamente la si deve ascrivere all'influenza benefica d'una cura generale e locale che io le feci e che fu da lei con molta pazienza ed attenzione coadiuvata. Venne a consultarmi molti mesi innanzi la gravidanza suddetta; la trovai malata di metrite, endometrite catarrale e antiversione uterina, di più un'anemia profonda ed uno spossamento delle forze non comune.

Prescrissi pillole di Blancard, irrigazioni vaginali, semicupi, fomenti ipogastrici con acqua di Castrocaro. Localmente impiegai l'iodio e poi l'iodoformio. Infine varie sedute di massaggio e per ultimo ridussi il vizio di posizione uterina e mantenni la riduzione con un pessario da antiversione.

Appena accertata la gravidanza, sospesi ogni cura locale, insistei perchè tenesse il pessario (che avevo preferito di zinco e d'alluminio), fino a tre mesi passati.

Al 4.° mese tolsi io stesso il pessario ed esaminatala accuratamente, constatai con soddisfazione, migliorate le condizioni generali, la nutrizione del corpo progredita, il colorito della cute fatto normale, utero normalmente e in regolare proporzione sviluppato, feto vivente. Ricordo che quale coefficiente terapeutico consigliai l'assafetida in pillole, giusta i precetti dell'illustre prof. Giordano.

Illustrazione analitica dei casi clinici narrati.

Nei quattro fatti clinici che io raccolsi fu costante la presenza d'un vizio di posizione dell'utero e va indubbiamente stimato causa dell'aborto, perchè questo cessò di rinnovarsi soltanto quando fu ripristinata la normale situazione.

Avremmo qui adunque un elemento etiologico fornito dallo stato anatomico per deviata direzione, per posizione non normale dell' utero osservate, studiate in queste donne in rapporto al bacino, al suo asse, non che all'asse uterino stesso. Ma se in tutti e quattro i casi da me curati emerse principalmente una tale patologica condizione, in alcuni di essi non mancò di coesistervi un altro stato morboso cui non possiamo non dare una qualche importanza. Nella storia seconda una deficiente nutrizione con successivo minorato sviluppo della fibra muscolare uterina ci obbliga ad aggiungere all'elemento causale comune a tutti e quattro i casi clinici surriferiti, quello di una alterazione dello stato fisiologico proprio all'utero, perchè deficienza di sostanza conduce a deficienza di forza, d'azione, di funzionalità.

Nel 3.° caso oltre la deviazione dell'utero ebbesi un'ovarite e questa figurò come un aggravante del lavorìo patologico che qui occasionò l' aborto.

Nel 4.° caso la flogosi del tessuto muscolare e dell' endometrio si aggiunsero a facilitare l' interruzione della gravidanza, cui fu causa potissima l' antiversione dell' utero, che si è notato bastare da sola a quell' effetto.

Se in tutti e quattro i suddetti casi vi fu posizione anormale dell'utero, dovremo ritenere questa come di bel principio ho affermato per causa *non infrequente* d'aborto. Accettando per valida tale causa, sarebbe spiegato il protrarsi sempre più dell'epoca dell' aborto oltre il tempo dell'ultimo avvenuto, via via che cresce il numero dei parti abortivi nella stessa persona e spiegato pure verrebbe il costante succedere dell' interruzione gravidica ad un dato mese in certe altre donne. L'aborto si allontanerebbe progressivamente dall' epoca in cui avvenne la prima volta se dopo ogni gravidanza e quindi dopo ogni vuotamento dell'utero o meglio dopo ciascuna espulsione dell'ovo, segua un'involuzione pressochè completa; ciò che anche migliora la posizione dell'utero cambiandone vantaggiosamente la nutrizione e con essa la tonicità della fibra.

Quando invece l'involuzione dell'utero non è completa od è arrestata nel principiare del puerperio, allora si comprende che se è cosa ordinaria, comune il formarsi d'una antiflessione uterina nel puerperio del parto a termine, sarà non difficile che si esageri o per lo meno si mantenga per opera della subinvoluzione un vizio meccanico già sussistente.

Sarebbe così chiarito il perchè talvolta i parti abortivi succedano alla stessa epoca; e tali ragioni tanto più ci vanno a genio e ci persuadono, se si riflette che nell'etiologia degli spostamenti dell'utero s'impone come non trascurabile concausa un'alterata nutrizione delle pareti di quell'organo (1).

Noi non vogliamo sprezzare nessuno dei quantitativi morbosi che abbiamo enumerati e diremo, se si vuole, cosa non nuova, ma certo non inutile affermando che i processi flogistici sì dell'utero come delle ovaie, sì cronici, come acuti, valgono abbastanza per portare un arresto della gravidanza. Non possiamo però lasciare di rilevare che molte gravidanze sono giunte a termine, non ostante ora le metriti, ora le endometriti, ora le ovariti coesistenti e che in altre donne l'aborto è mancato, non ha avuto più luogo soltanto che venisse corretto lo spostamento uterino, anche senza occuparsi di curare le flogosi sia uterine, sia ovariche, almeno quando non fossero allo stadio acuto, nè avessero indotto essudati circumuterini ed adesioni dell'utero.

Contrariamente a queste mie idee pensò lo Schroeder il quale scrisse che « rarissimamente è il caso che i vizi meccanici dell' utero siano causa della interruzione della gravidanza, perchè di regola quando l'utero è *prolassato* o *retroflesso* risale nella cavità pelvica ed è soltanto nei casi i più gravi che neoformazioni o pseudo-membrane impediscono il suo moto di ascensione. »

Ma là dove io potei ottenere, con il solo espediente della riduzione del vizio meccanico, di troncare quella che fu detta abitualità d'aborto, non ho forse una prova che il fatto è non tanto raramente possibile, almeno a riguardo della antiversione e della retroversione?

Vidi un solo caso di prolasso di 3.° grado in utero gravido (n'era paziente la signora d'un mio buon collega), e qui la gravidanza andò al suo termine, ma per avere riposto ed artificialmente mantenuto in sito fino al 4.° mese l'utero prolassato.

Lo Schroeder non accenna il grado del prolasso, nè della retroflessione di cui discute, nè accenna a vizi da questi diversi; può dunque

---

(1) SCHULTZE, traduit par Herrgot. « Traité des déviations utérines. » Paris, O. Doin, 1884 — e GALABIN, tradotto da Sisca. Napoli, 1883.

darsi che il disaccordo mio con questa somma autorità ostetrica non sia che apparente e me ne gode l'animo perchè venero altamente il sapere dello Schroeder, il cui trattato sì bellamente e dottamente corredato di pregevoli note da una nostra celebrità ostetrica, io tengo per testo del mio corso libero d'ostetricia sperimentale, che da tre anni dò di seguito agli studenti nella R. Università di Pisa.

Aggiungo che la facilità stessa con la quale recidiva una deviazione dell'utero che si giudicava vinta, ci conforta a darle il primo posto fra le cause di questo genere d'aborto. La non facilità della diagnosi, ossia della conoscenza dello stato anormale, dei disturbi che in troppo lieve grado possono esservi associati; le svariate modalità di manifestazione concorrono a mantenere costante ed attiva questa causa, la quale può anche persistere per malinteso ed eccessivo pudore della donna, non sospinta alla visita per mancanza di gravi sofferenze. Ed anche detta causa morbosa può permanere per difetto di esatte nozioni di ginecologia nel primo che avrà da esaminare la donna che abitualmente abortiva o che presentava recidiva d'aborto, tanto più che certi spostamenti dell'utero, a dire dello Schultze, intelligente in materia, si correggono nel corso dell'aborto stesso.

Si unisca a tutto ciò la non raggiunta perfezione nelle pratiche d'ortopedia ginecologica, l'insufficienza della terapia medico-chirurgica, ed avremo dal suricordato punto di vista un urgente numero di possibilità etiologiche di aborto recidivo.

Dopo ciò, non so fare a meno di indicare qui una indiretta causa di aborto, nella quale è insita la riprova delle mie suespresse opinioni. Questa causa sarebbe per me la stessa cura dell'aborto in uso fino a poco tempo fa e per alcuni ostetrici vigente tuttora, cura consistente nel combattere i pericoli di questo fatto ostetrico e nell'assisterlo (mentre si compie) il meglio possibile, ma cura che non si prolungava fino a togliere le morbose conseguenze di un primo aborto, ed anche se ne fossero preceduti diversi non si dedicava a debellarne la causa. Razionalmente si può ritenere che: qualunque causa può dar luogo a multipla recidiva d'aborto:

1.° perchè non conosciuta in momento opportuno per la cura

2.° perchè male od incompletamente combattuta o curata;

3.° perchè divenuta cronica, indomabile, incurabile.

La recidività dell' aborto può anche essere (sempre per le ragioni anzidette) la conseguenza della avversione e della contrarietà della donna a sottoporsi ad esami e cure speciali. Ed infine un' altra delle ragioni per cui la causa persevera nella sua azione si ha nell'aborto di pochi giorni: il quale è spesse volte confuso con una mestruazione abbondante e come tale tralasciatane ogni indagine ed ogni cura.

Concludendo, io sono d' avviso che della recidività dell'aborto non sussiste una causa unica, fissa, sempre eguale, tutta sua propria speciale, ma diverse siano invece le cause; soltanto fra esse ne riconosco alcune, le quali entrano più frequentemente in giuoco. In ciascun caso quella data causa si fa permanente con possibili modificazioni in meglio od in peggio, ed il non averla conosciuta od averla creduta ben altra, ha fatto sì che nell'utero si stabilisse quella morbosa particolarità od anormalità, una delle tante forme di malattie già accennate, per cui si metta in contrazione o vada soggetto agli stimoli della contrazione o che i rapporti fetali e materni subiscano un tal cambiamento, d'onde o si ha perdita di sangue e così il primo passo verso l'aborto è fatto, o cessa la vita del prodotto del concepimento, altro sicuro annunzio d' inevitabile aborto.

Profilassi dell' aborto recidivo.

La profilassi di questo non può fare a meno di tutti quei consigli dati per l'aborto in genere; quindi io mi risparmierò di svolgere questo tema rinviando lo studioso al dotto, elaborato lavoro del dott. Guido Turazza sull'aborto (1).

Al più, in casi speciali, a *causa chiaramente riconosciuta*, gioverà non trascurare tutte quelle norme appropriate ed intese allo scopo di *menomarne l' effetto*, coadiuvando così il buon risultato che la terapia speciale si sarà proposto.

Secondo me è importante dal lato della profilassi esaminare una puerpera d'aborto per scoprire al più presto quale ne è stata la causa

---

(1) « Aborto » per il dott. Guido Turazza, chirurgo ostetrico di Monselice; nella *Collezione italiana di Letture sulla Medicina*, serie 5, N. 4 e 5. Vallardi editore.

locale; e terminato il puerperio od anche, durante questo, imprenderne energicamente il trattamento curativo. Ed anche dopo ogni parto a termine converrebbe, a tempo opportuno, procedere ad un esame degli organi genitali e rintracciata una qualche successione morbosa, occuparsi di toglierla.

Per ciò che ha riguardo alle malattie ed alle anormalità degli organi sessuali e loro vicinanze, è inutile confondersi in espedienti medicamentosi, da amministrarsi per bocca o da applicarsi sull'addome; tutto al più si possono impiegare quali coadiuvanti d'un più decisivo sistema terapeutico. Ma è utile e corrisponde all'intento attaccare la rinvenuta causa morbosa con cure ginecologiche chirurgiche, siano conservatrici, siano demolitrici. Informino gli splendidi successi ottenuti dal professor G. Cosentino (1).

Terapia. — La varietà e molteplicità degli elementi causali si converte in serio e resistente ostacolo al felice procedimento della terapia, tanto più che non tutti i fatti morbosi fungenti da cause occasionali d'aborto, sono suscettibili di risoluzione sollecita o di cura subitamente efficace.

Negli aborti a recidiva costante interessa studiare accuratamente le cause che immancabilmente si rivelarono uniche produttrici del parto abortivo, ed in altri termini, raccogliere e bene osservare i casi, nei quali la etiologia fu sempre la medesima. Da questa epurazione scaturirà l'indirizzo curativo più razionale.

E poichè, superate che siano le difficoltà diagnostiche, la cura diviene assai facile compito, in singole circostanze di ben noto stato patologico, siasi solleciti a demolirlo e si conquisterà con certezza l'ambita soddisfazione del successo.

Non mi trattengo ad esporre le cure diverse e non poche che i varii e molteplici elementi morbosi causanti l'aborto, reclamano. Si conoscono i mezzi proficui a trionfare della sifilide che dà una poderosa contribuzione alla recidività dell'aborto; si sa che può ottenersi il ripristinamento della normale direzione dell'asse dell'utero e della fisio-

---

(1) Prof. D. Chiara. *Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria* (Firenze), Tip. P. Agnelli, Milano, 1893.

logica sua positura, oltre che con i mezzi ortopedici che la ginecologia suggerisce, ben anche con i metodi razionali proposti ed utilmente praticati da Thüre-Brandt, metodi che vantano già estese e forse troppo svariate applicazioni clinico-terapeutiche.

A ben chiudere questo mio piccolo lavoretto convien dire che nella cura delle successioni morbose dell' aborto (quali residui ovulari non espulsi dal cavo uterino, endometriti catarrali, emorragiche), è da assegnare uno dei primi posti alla cura chirurgica del raschiamento dell'endometrio e quindi non tralasciare di restaurare le erosioni, le lacerazioni del collo dell' utero, mercè i processi operatori di Emmet, Schroeder, Hegar, Martin e dove esista una metrite iperplastica, dare mano ancora all' amputazione del collo.

Pisa, 1893.

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

Il bagno della superficie d'inserzione della placenta

nella infezione puerperale d'origine endo-uterina

e qualche critica del raschiamento

LETTERA APERTA DEL PROF. D. CHIARA

AL CONDIRETTORE DEGLI « ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA »
PROF. LUIGI MANGIAGALLI.

Egregio amico e collega,

Diceva Malgaigne, una sera, in una delle sue brillanti e sempre caustiche lezioni: « Voilà, messieurs, un instrument » (non ricordo più quale) « qu'un chirurgien d'Italie vient d'inventer pour la trentième « fois. » Così, egregio amico, temo ch'ella possa dire, *mutatis mutandis*, di quello che sto per proporre.... e sia! — Ma se per caso si tratta di cosa utile e buona, non avrà perduto tutto il suo tempo quel lettore almeno il quale per avventura non la conosca, per quanto sia stata ripetuta molte volte... e ciò è pur possibile. Allorchè si tratta di arrestare, o meglio far più rapidamente declinare un processo puerperale infezioso che si suppone d'origine endo-uterina, ma *non di un processo putrido, s'intenda bene, per arresto di residui dell'ovo*, e ciò si tenta con lavature della cavità uterina, si può constatare uno de' seguenti risultati: 1.° Il processo infezioso cede con sorprendente rapidità, la ipotermia si ottiene dopo qualche lavatura, e si mantiene, e il processo morboso ha compiuto il suo ciclo. È una specie di esito per *crisi*. 2.° La febbre va declinando lentamente, cedendo di pochi decimi di grado per giorno, e dopo qualche settimana di oscillazioni arriva la defervescenza; è la guarigione per *lisi*. 3.° Dopo apparenti, mattutini o vespertini, ma brevi periodi di remissione, che tengono dietro alle lavature, il processo accenna a mante-

nersi ; alle illusorie remissioni tengono dietro rialzi termici che riportano la colonna termometrica al grado iniziale, o magari al disopra, come 40, 40.5, 41, 41.5, 42. Evidentemente in questo caso vuolsi dedurre o che la irrigazione uterina non riesce allo scopo perchè non giunge, specie ne' meandri, nelle anfrattuosità del tratto dov' era inserita la placenta, perchè l'onda del liquido iniettato tornando per la canula, riflettendosi attorno a questa, non giunge a colpire le colonie bacillari annidate nei detti meandri, o perchè la infezione riconosce una origine extra-uterina, vaginale ad es. dell'ostio, è mantenuta da una progrediente para o perimetrite, da un' ovaro salpingite, e va dicendo. O infine la materia inficiente penetrata in circolo è stata tanta, o si è fatta tale da mantenere da sè il processo febbrile, indipendentemente dalle condizioni locali.

Suppongo non si tratti di quest'ultimo supposto, e allora quali sono i pensieri che si affacciano al curante che non abbia fede alcuna nella virtù degli antipiretici e antitermici nella infezione in genere, nella puerperale in specie? Parmi naturalmente questi, o che la potenza della soluzione impiegata sia insufficiente, o che la lavatura, non abbastanza protratta, non asporti tutta la materia inficiente, donde nuove, ripetute infezioni, persistenza della ipertermia, e oscillazioni poco promettenti, e poco confortanti attorno alla medesima.

Accolti questi « *può darsi* » o sospetti, ecco il nostro curante a crescere la potenza bactericida della soluzione, oppure a prolungare assai più la irrigazione, ma la ipertermia persiste, la donna va deperendo, e il curante adagino adagino va rassegnandosi, a una prognosi punto fausta. Alcuni, e non pochissimi casi, osservati non soltanto da ora, sono quelli che mi spinsero ad emettere questi concetti. Gli è allora che mi venne la idea, forse tutt' altro che nuova, di sottoporre a una specie di bagno, o d' immersione, la cavità uterina, e specialmente il tratto dove s' inseriva la placenta (il fondo o vicino), bagno, immersione che si ottiene con la massima facilità e semplicità, e indicato sempre quando il puerperio non sia giunto a tale da offrire quasi rigenerata di già la decidua utero-placentare. Fatta la irrigazione classica, si solleva la pelvi della donna il più ch'è possibile, abbassando contemporaneamente la testa per modo che il fondo uterino sia la regione più bassa, o più declive ; ciò fatto, senza aver tolto di sede la canula da irrigazione, si manda nella cavità uterina una quantità di liquido, possibilmente in ar-

monia con la capienza uterina in quel dato caso; si lascia il liquido nell'utero da 12 a 15 minuti, e poi rimessa la donna in una posizione contraria, si dà esito alla soluzione che rifluisce per ragione fisica o meccanica. Con questo mezzo semplicissimo non si ottiene forse quello che io chiamo il bagno, o la immersione della faccia endo-uterina?

Stagnando la soluzione per il tempo indicato là dove viene messa, giustifica la speranza ch'essa trovi modo di penetrare in tutte le depressioni, le anfrattuosità, e ne' meandri lasciati dalla lacerazione della decidua utero-placentare fatta dal distacco della placenta, e andando così a colpire le colonie bacillari che fin allora potevano aver evitato il contatto con il loro terribile e liquido nemico??

Io lo credo, o me lo fanno credere le alcune osservazioni cliniche che qui riferisco:

Sezione Illegittime (N. 90 del Registro del 1893). — *Angiola N.*, d'anni 26, serva.

Amnanesi. — Vita faticosa, vitto scarso. Infanzia regolare. Fu affetta da tifo a 15 anni. Prima mestruazione a 16 anni regolare come le successive. Primipara.

Entra in Clinica il 25 marzo 1893, ad ore 1 antimeridiane in travaglio di parto. Alle 6 ant. dello stesso giorno si ruppero spontaneamente le membrane mentre l'orificio era dilatato per due centimetri.

Diagnosi. — Travaglio di parto in primipara al settimo mese di gravidanza; feto morto: presentazione di spalla sinistra, in posizione C. A. I. D.

Appena la dilatazione fu giudicata sufficiente venne praticata la versione seguita dalla estrazione. Il feto era morto da qualche giorno.

Nonostante le più scrupolose precauzioni antisettiche nelle esplorazioni e per la operazione la sera la temperatura della Angiola si elevò a 38. 4; però senza brividi, senza dolore all'addome e senza alterazione dei lochi. Polso 100.

La mattina successiva venne qualche brivido, cefalea, e l'utero, mantenendosi sempre a circa sei dita trasverse al disopra del pube, era dolente, temperatura 39. 2. Venne praticata una iniezione emdouterina di soluzione di deuto cloruro di mercurio al mezzo per mille e lasciato in cavità alquanto di detta soluzione, tenendo sollevato il bacino con apposito rialzo posto sotto la materassa.

Dopo poche ore la temperatura scese a 37. 4 e si mantenne bassa fino al dì successivo, nel quale, nelle ore ant. (8) risalì a 38. 9.

Fu ripetuta la cura del giorno precedente; la temperatura si abbassò a 37. 1 per non più elevarsi.

Da cotesto giorno i lochi che dalla mattina del 27 avevano preso un cattivo odore, ritornarono normali; ed il resto del puerperio decorse senza altri inconvenienti. L'involuzione uterina si compie qualche giorno più tardi che nel periodo di tempo ordinario.

La donna, che avrebbe potuto uscire dalla Clinica il 10 aprile per le buone condizioni dal lato puerperale, fu trattenuta ancora qualche tempo per esser curata della oligoemia successiva alle emorragie sofferte durante e dopo il secondamento.

Ugolini Rosa, di anni 27, attendente a casa, di Firenze. Entrata in Clinica il 27 marzo 1893. (Legittime. N. 120 del Reg. del 1893).

Partorì spontaneamente fuori di Clinica il 10 marzo, un feto a termine, vivo. Nulla narra di notevole nei primi 8 giorni di puerperio; all' 8.° fu colta improvvisamente da un brivido lungo e violento, poi da febbre molto alta. Accessi simili di febbre con brivido, si sono rinnovati giornalmente, sì che si decise a venire in Clinica.

Riguardo alle condizioni generali, si trova grandemente anemica; le mucose sono pallidissime: la malata soffre di vertigini e cade facilmente in deliquio. I lochi sono molto fetenti. Il ventre è tumido e un po' dolente. Alla esplorazione si trova la vagina ripiena di grumi sanguigni, e nello stesso modo la cavità uterina, nella quale si trova pure qualche cotiledone placentare.

Si svuota completamente l'utero, si sbarazza il canale vaginale, e si fa una lunga irrigazione calda, di circa litri 10 di soluzione al 1|2 per mille.

Queste irrigazioni si rinnovano nei giorni seguenti per sei volte, come è notato nella tabella di temperatura, e questa si modifica secondo il tracciato, finchè all'11 aprile si fa normale, e tale si mantiene in seguito fino alla partenza dell'ammalata, il 23 aprile.

Le irrigazioni furono praticate mantenendo, secondo il consiglio del sig. prof. Chiara, fortemente rialzato il bacino e lasciando per 10-15 minuti del liquido antisettico a bagnare la cavità uterina.

Negli ultimi 10 giorni, nei quali fu in Clinica, furono praticate alla malata iniezioni intramuscolari di citrato di ferro (Centigr. 15).

Uscì guarita del processo puerperale, e molto migliorata della anemia.

Cambi Florinda, di anni 28, attendente a casa, di Firenze. Entrata in Clinica il 13 aprile 1893 alle ore 8. 30 pom. (Legittime. N. 143 del Reg. del 1893).

R. Istituto di Studi Superiori Pratici e di Perfezionamento in Firenze

Clinica Ostetrico-Ginecologica

Sezione *Illegittime*
Sala *8* Letto N° *32*

Anno *1893*
N. del registro: *90*

Nome e Cognome
Angiola N.
di anni *26*
Primi para

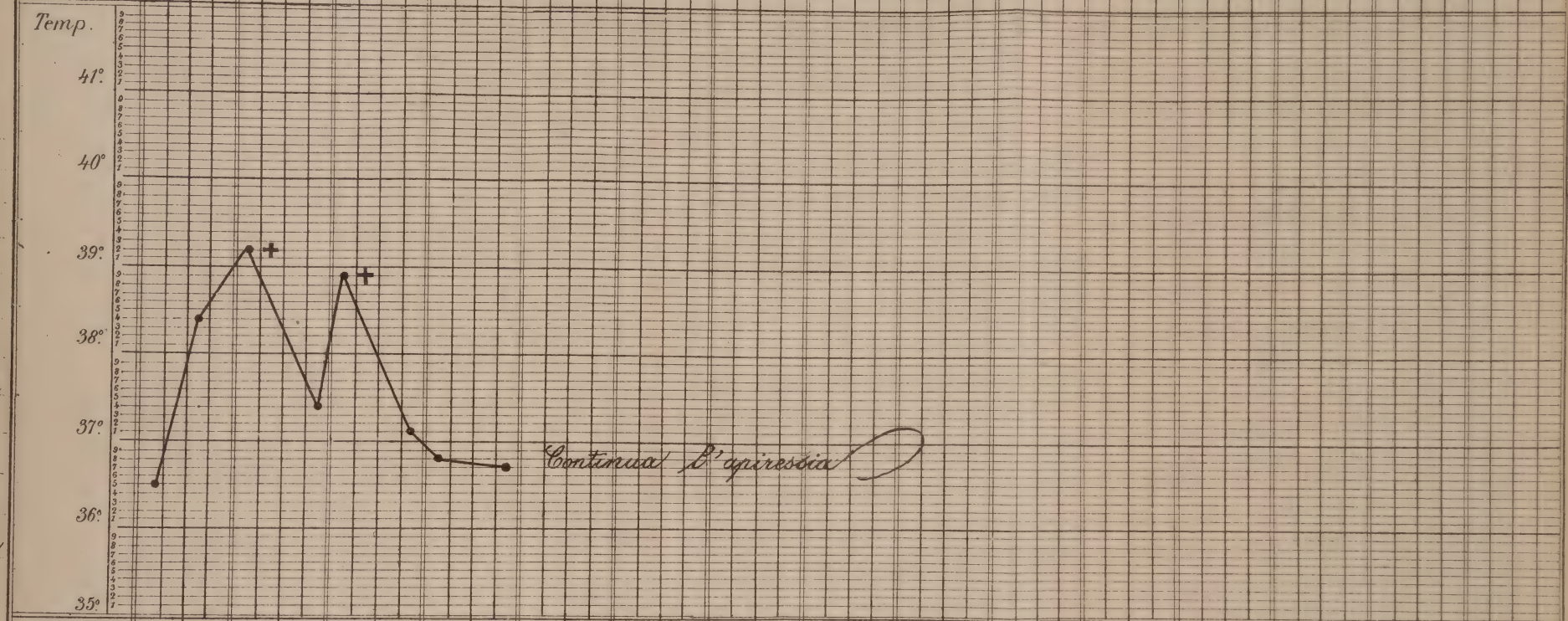
Diagnosi o fatto Clinico

Travaglio di parto in primipara sano e ben conformato, gravida al 7° mese
Feto morto
Presentazione di spalla sinistra in posizione
C. A. T. D.

Rivolgimento classico

Entrata in Clinica il *26 Marzo*
Uscita il *28 Aprile 1893*

Giornata	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
Data	26 Marzo	27	28	29											
Ore (m. / s.)															
Pulsazioni	84	100	112	96	91	88	84	84							
Respirazioni															
Orine															
Feto:															
Osservazioni / Prescrizioni / Interventi / Medicature / Esito ecc		+ Lavanda al sublimato al 1/2 3 ‰	+ Lavanda al sublimato al 1/2 ‰												



Lit. Bassani - Milano

Lo Studente incaricato ..... Il Dottore Assistente .....

R. Istituto di Studi Superiori Pratici e di Perfezionamento in Firenze

Clinica ostetrico-ginecologica

Sezione *Ginecologica*
Sala *Isolam.to* Letto N.

Anno *1893*
N. del registro: *101*

Nome e Cognome *Ugolini Rosa*
di anni *27*
II para

Diagnosi o fatto Clinico

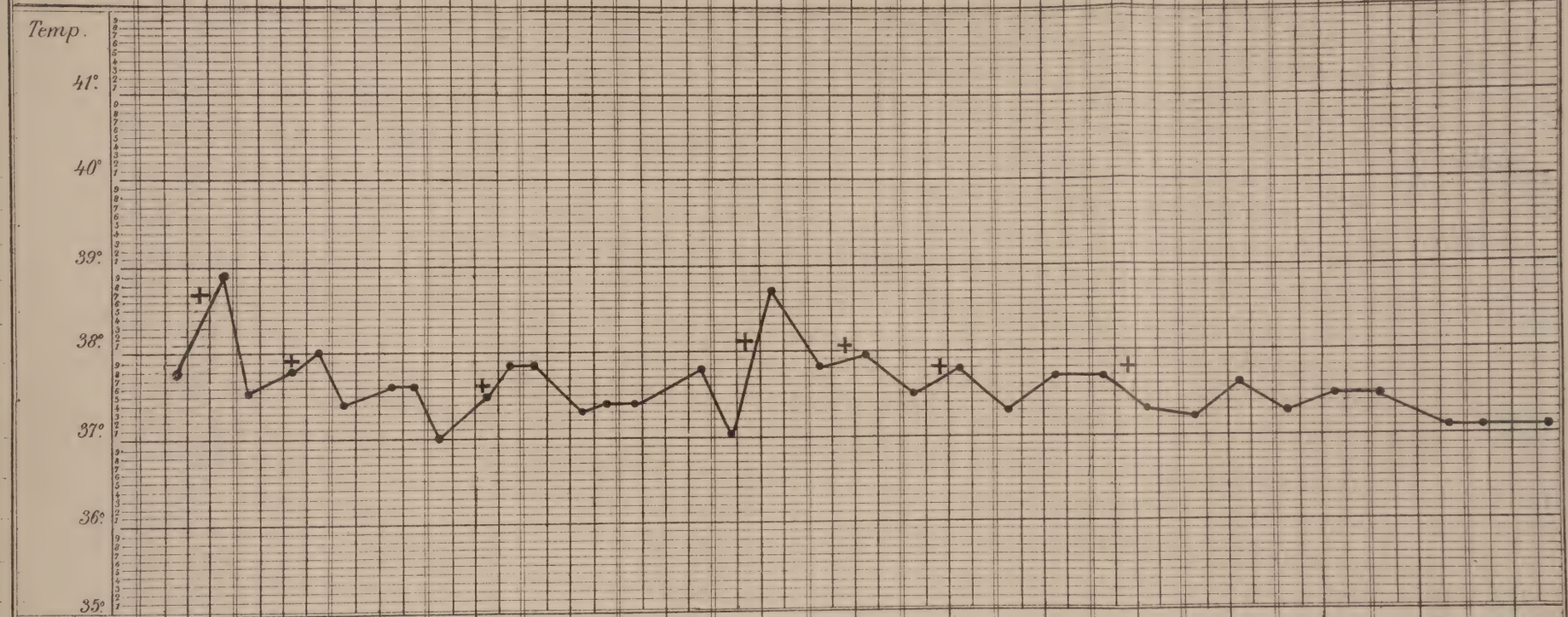
Parto avvenuto fuori di Clinica il 10 Marzo c.

Febbre puerperale

Entrata in Clinica il *28.3.93.*

Uscita il *23.4.93*

Giornata	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
Data	28 Marzo	29	30	31	1 Aprile	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ore	m. 11 / s. 6	m. 9 / s. 4 8	m. 9 / s. 4 8	m. 9 / s. 4 8	m. 9 / s. 4 8	m. 9 / s. 4 8	m. 9 / s. 8	m. 9 / s. 8	m. 9 / s. 8	m. 9 / s. 8	m. 9 / s. 8	m. 9 / s. 8	m. 9 / s. 8	m. 9 / s. 8	m. / s.
Temp.															
Pulsazioni															
Respirazioni															
Orine															
Feto															
Osservazioni Iniezioni Intervenzioni Medicature Esito ecc	2 pom Irrigaz. endoutr.na a bacino rialzato	3 pom. Id.		12 pom. Id.			10 ant. Id.	10 ½ ant. Id.	Id.		Id.				



Continua il periodo afebbrile.

Lo Studente incaricato

Il Dottore Assistente *Landucci*

Lit. Bassani - Milano

R. Istituto di Studi Superiori Pratici e di Perfezionamento in Firenze

Clinica Ostetrico-Ginecologica

Sezione *Legittime*
Sala *Isolan.* Letto N.

Anno *1893*
N. del registro: *143*

Nome e Cognome
Cambi Florinda
di anni *28*
II para

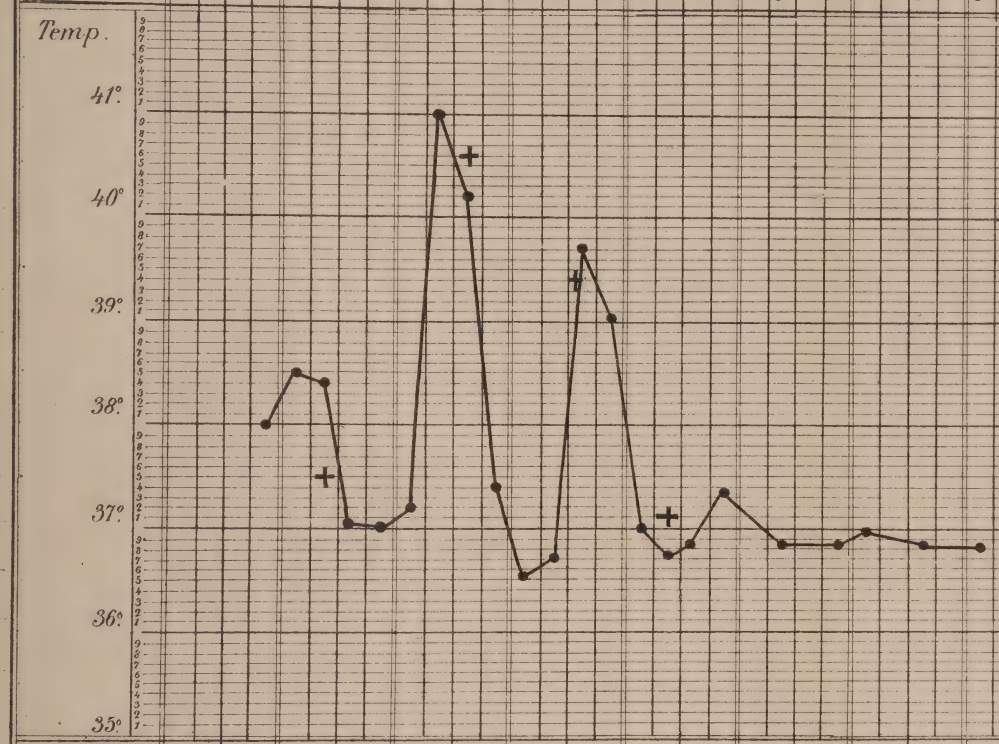
Diagnosi o fatto Clinico

14 Aprile alle 7 ant. Espulsione di un feto al IV.° mese, morto e macerato.

Entrata in Clinica il *13. 4. 93*

Uscita il *20. 4. 93*

Giornata	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
Data	13 Aprile	14	15	16	17	18	19	20							
Ore	8	8 12 4 8	8 12 4 8	8 12 4 8	8 12 4 8	9 9	9 9	9							
Temp.															
Pulsazioni															
Respirazioni															
Orine															
Feto:															
Osservazioni / Prescrizioni / Ingerimenti / Medicature / Esito ecc	+	11 ant. Irrigaz. endouterina (circa 9 litri) a bacino rialzato	+ 12½ ant. id.	+ 3 pom. id.	+ 11 ant. id.			Uscita							



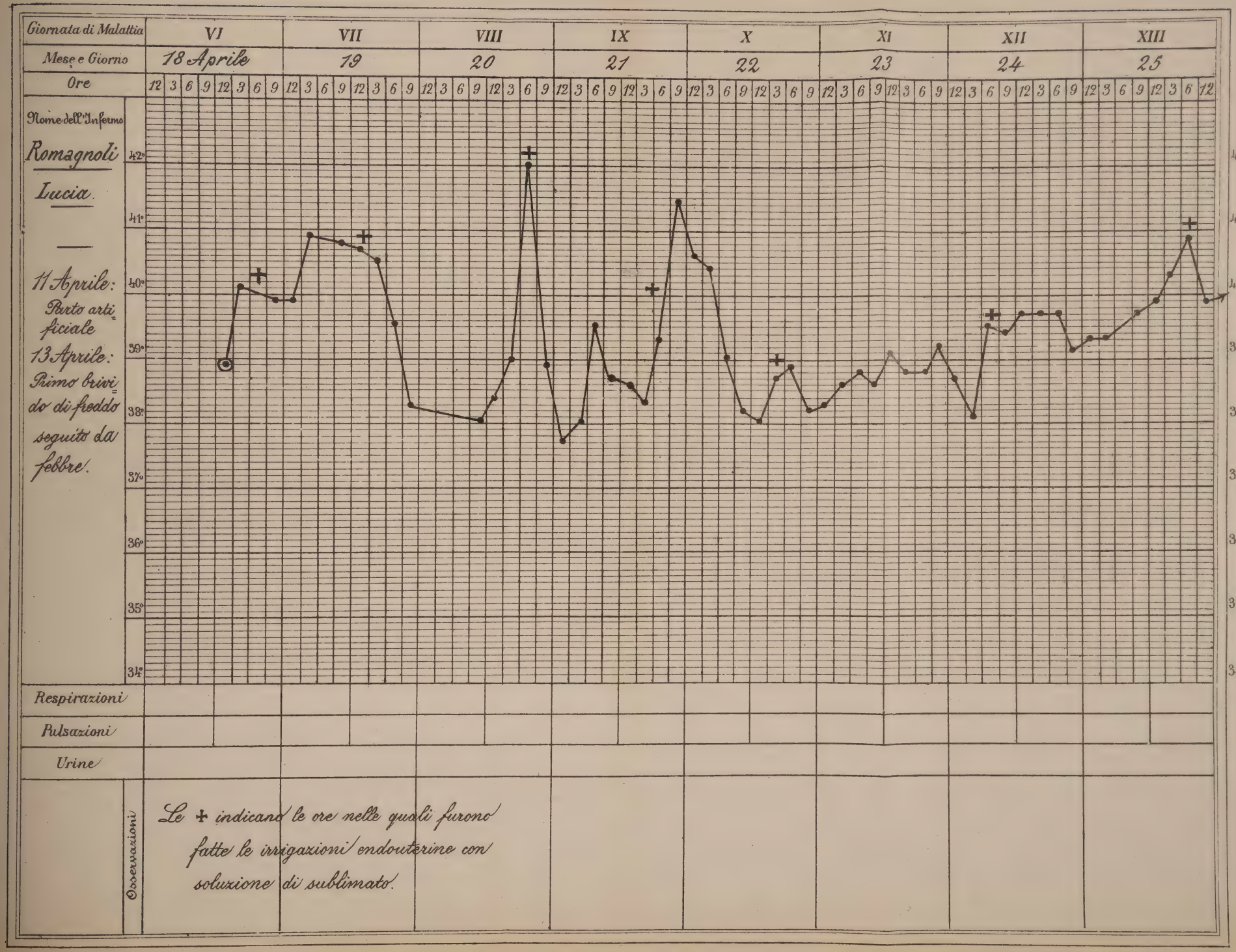
Lit. Bassani - Milano

Lo Studente incaricato

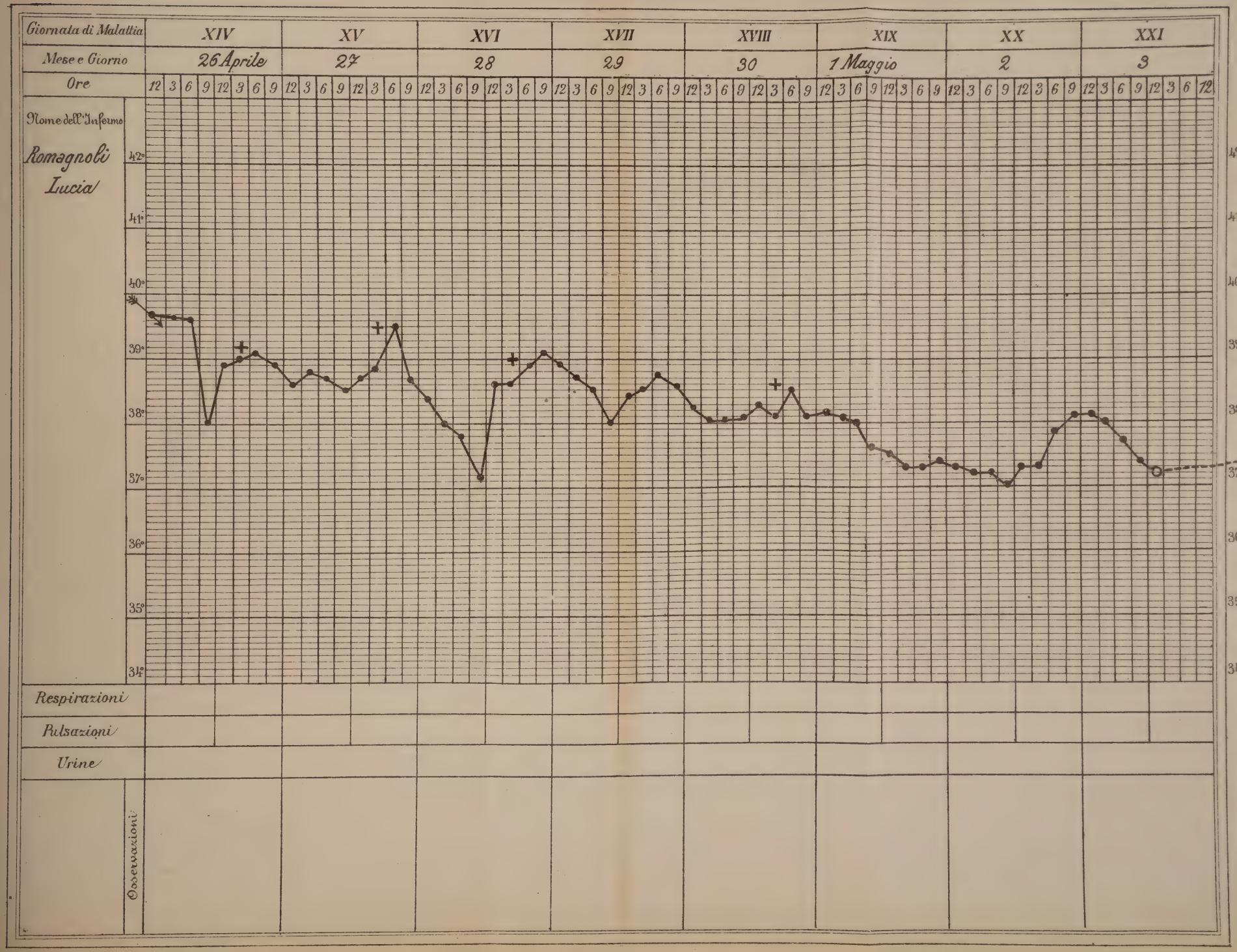
Il Dottore Assistente

18 OCT 93

R. Istituto di Studi Superiori Pratici e di Perfezionamento in Firenze



R. Istituto di Studi Superiori Pratici e di Perfezionamento in Firenze



Gravida al 4.° mese, entra in Clinica in travaglio di aborto. Nulla si sa delle cause che lo provocarono. Narra che perde sangue da due giorni, e che da qualche ora soffre anche forti dolori. Si è fatta visitare a casa, da una levatrice. Ha avuto un forte brivido di freddo nella mattina. Dalla vagina scola liquido nerastro e fetente. Temperatura 38.

Si pratica subito una irrigazione vaginale e si lascia la donna in riposo. La notte passa abbastanza tranquilla. Alla mattina del 14, alle 6 ant., la donna viene presa da dolori espulsivi, ed alle 7 viene espulso spontaneamente un feto macerato al 4.° mese, compito, di sviluppo (peso gr. 250; lunghezza cent. 24).

Praticata una irrigazione endouterina subito dopo l'espulsione del feto, la temperatura si fa normale per tutta la giornata: poi, nel giorno seguente, rialzandosi fino a 41° dopo un violento brivido di freddo, si fa una irrigazione prolungata endouterina, a bacino fortemente rialzato, avendo cura che per una diecina di minuti resti nella cavità una certa quantità di soluzione di sublimato, la quale si fa poi sgorgare.

Dopo questa irrigazione, ed in seguito ad altre due simili praticate nei due giorni seguenti, la temperatura decresce secondo indica il tracciato, fino a farsi normale.

La donna esce guarita dall'Ospedale, il 20 aprile 1893.

Romagnoli Lucia, di anni 24, sarta. Entrata in Clinica il 18 aprile 1893. (Legittime. N. 148 del Registro del 1893).

L'11 aprile, a termine di gravidanza, la Romagnoli fu presa improvvisamente da grave emorragia.

Altre emorragie aveva avuto negli ultimi due mesi.

Chiamato un medico in casa propria, fu fatta diagnosi di placenta previa laterale, di feto morto, e fu eseguita l'estrazione del feto stesso con rivolgimento, ed il secondamento artificiale.

Due giorni dopo la donna fu presa da un brivido di freddo che durò quasi mezz'ora, poi da febbre alta.

Gli stessi fenomeni si rinnovarono nei giorni seguenti mantenendosi alta la febbre. Furono fatte alcune irrigazioni vaginali ed endouterine, ma i fenomeni di infezione generale facendosi più gravi, la donna venne in Clinica il 18 aprile, in condizioni molto cattive, in delirio, coll'addome dolentissimo, con profusa diarrea.

Qui le fu praticata subito una lunga irrigazione endouterina, mantenendo, secondo il consiglio del sig. prof. Chiara, il bacino fortemente rialzato, e lasciando in cavità, per circa 10 minuti, una certa quantità di liquido. Lo stesso fu fatto altre 11 volte, dal 19 aprile al 3 maggio, combinando questa cura locale con una dieta molto nutriente e fortemente eccitante.

L'andamento della cura termica dimostra nel modo più chiaro la gravità del caso, come i buoni effetti ottenuti, fino ad aversi, oggi 3 aprile, molto migliorate le condizioni generali, ed una temperatura sui 37 gradi.

Le quattro osservazioni cliniche illustrano ciascuno de' casi da me supposti, la crisi, la lisi, la più lunga persistenza del processo mantenuto forse ex-se dalle condizioni del sangue indipendentemente da quelle locali; è per altro evidentissimo anche in questa, l'effetto del bagno ripetuto della cavità uterina. Riferirne un numero maggiore non ho voluto e perchè si tratta, non di un lavoro clinico, ma di una modesta nota in forma di lettera, sì perchè ho la convinzione che avrei ingenerato tedio in chi per avventura mi leggerà; sì perchè infine, molto essendo il lavoro clinico, non mi sento di distrarre da questo i medici assistenti facendo loro redigere istorie cliniche con il pericolo certo di lacune nel servizio giornaliero; cessi, come non è lontano il tempo, il lavoro didattico, e allora molte più ore rimanendo a nostra disposizione potrò fare quanto in questo momento non trovo conveniente, se pure nel mentre si andrà creando la convenienza di far ritorno all'argomento.

E qui logicamente, com'anche per rispetto alla onestà clinica, si presenta, prima di scrivere « *finis,* » il quesito seguente: « L'andamento « del processo infettivo modificatosi dopo applicato il descritto modo « di bagnare e lavare il fondo uterino è veramente, realmente l'effetto « di esso, o non piuttosto una pura e semplice coincidenza clinica, « come tante volte avviene nell'opera di un medico curante? »

Lascio a lei, egregio amico, la risposta ch'ella, quale direttore degli *Annali,* potrà farmi conoscere pubblicando, oppure cestinando questo mio modestissimo scritto. A questo due ragioni principali mi spinsero: 1.° far noto e proporre (o riproporre?) un mezzo semplicissimo, alla portata di tutta, e che mi parve molto utile, per combattere certi processi puerperali — 2.° dimostrare con altri fatti, e una volta di più, quanto siano poco fondati, o per ciò esagerati, i timori per l'uso del bicloruro di mercurio fatto con i debiti modi voluti dalla sua potenza, timori che con mia sorpresa trovo comuni nella pratica ostetrica di Germania, dove specialmente si mantiene viva e ostinata la ricerca di antisettici che possano dare vittoriosamente il bando al bicloruro mercuriale. Che

questi timori abbiano guadagnato e vadano guadagnando terreno anche tra noi, me lo proverebbe tra gli altri argomenti la recentissima pubblicazione del nostro egregio collega prof. Pugliatti sul raschiamento dell'utero, intorno al quale, se la pazienza e dell' amico e del direttore me lo permette, desidererei svolgere alcune considerazioni, e fare qualche critica, ossia un esame ragionato che può conchiudere con un giudizio favorevole o contrario.

In *primis* debbo francamente dichiarare che mi sorprende alquanto il gran numero di processi morbosi uterini ne' quali l'egregio direttore della clinica messinese trova utile, perciò indicato e raccomanda il raschiamento; e la sorpresa mia è tanto più naturale in quanto che avendo da una quindicina di anni addottato e messo in pratica il raschiamento endo-uterino, venni col passare degli anni restringendone sempre più l'uso, camminando così direi quasi a ritroso della corrente, chè nulla di più comune a' nostri giorni, nella pratica ginecologica, quanto il raschiamento di quella povera, e tante volte innocente mucosa uterina! Un altro punto mi colpì nello scritto del distinto professore messinese; la prontezza cioè della guarigione delle sue ammalate, come si legge nelle osservazioni, messa di fronte alla sentenza che si legge a pag. 248, linea 12, vale a dire « che la rigenerazione completa della « mucosa curettée o raschiata domanda da 4 a 5 settimane, come a dire da 28 a 35 e più giorni! »

Ora voglio sperare che i lettori ammetteranno con me non potersi parlare di guarigione fin quando la mucosa raschiata non ha toccato la rigenerazione completa. Ma più di questo m'importa discutere brevemente quell'altro punto ch'è la indicazione, la utilità e per conseguenza la innocuità del *curettage* o raschiamento dell'utero nella endometrite settica. Pensando a quello che il cucchiaio, dal margine più o meno tagliente, fa della mucosa, io mi domando se dilacerando, strappando a brandellini, raschiando insomma la delicata mucosa che va lentamente sostituendo la decidua lacerata dal distacco della placenta, specie di cicatrizzazione di quella che comunemente si chiama piaga placentare, non si correrà il pericolo di lacerare seni uterini, spostare o rompere trombe e vasi linfatici, e con ciò aprire a migliaia nuove porte all'ingresso in circolo di colonie bacillari, cosa tanto più facile in quanto con il cucchiaio le si smuovono, si spostano, e si mettono in certo qual

modo in libertà, di fronte alle numerose e nuove vie aperte al loro cammino verso il circolo che il cucchiaio loro avrà creato, e questo nella supposizione che il processo febbrile non esista di già ex-se, indipendente oramai dalle condizioni locali, chè in questo caso il raschiamento non farebbe che aggiungere una nuova malattia a quella preesistente. E che questo timore sia, se non fondato, condiviso da molti, lo prova l'affermazione del Pugliatti medesimo, là dove fa cenno dell'avversione degli ostetrici di Germania per il raschiamento dell'endometrio puerperale settico.... e ai colleghi di Germania potrebbe aggiungere quelli di Francia, tra cui due autorevolissimi, Tarnier e Budin, decisi, convintissimi nemici, di questo raschiamento, almeno fino a qualche mese fa.

Egregio e caro amico, mi chiami se vuole, *laudator temporis acti*, ma non posso trattenere la dichiarazione, e con questa conchiudo, che ho veduto a quest'ora sufficiente numero di endometriti puerperali infeziose (e molte osservate in compagnia nella clinica milanese), guarite dopo una semplicissima, o *niuna cura*, durante la pura e vigile aspettazione, per potermi sentire spinto ad accogliere come ottimo un mezzo di cura cieco, azzardoso, e da molti colleghi sì di fuori che nostrani ritenuto più che inutile, pericoloso e dannoso, qual'è il raschiamento nel processo morboso puerperale più volte nominato.

M'è cara la occasione, caro amico, per riconfermarmi di lei con la debita stima

Aff.mo prof. D.co Chiara.

Firenze, dall'Istituto Ostetr.-Ginec., addì 4 giugno 1893.

DELLA SEZIONE DELLA SINFISI

CON LA SEGA IN FILO METALLICO

(Drahtsäger)

PEL

DOTT. LEONARDO GIGLI

Nella sinfisiotomia il momento più difficile, più penoso, e più ingrato di tutto l'atto operativo, è la sezione delle sinfisi col coltello. Questo non è strumento di elezione, ma di necessità; la sinfisi, sia per la disposizione, sia per l'andamento, nella maggior parte dei casi non conserva che il nome di cartilagine, spesso siamo costretti di attaccare, con molta fatica e pericolo, un vero e proprio tessuto osseo, così resistente a volta da rendere necessario di intervenire con la sega. In tutti i casi poi dobbiamo incidere largamente i tessuti e scollarli per poter facilitare la sezione della sinfisi e dominare l'emorragia che non manca mai.

Tutte queste manovre non tornano a vantaggio del processo di guarigione e noi dobbiamo cercare di evitarle, operando in una regione nella quale i processi infettivi si sviluppano con una facilità e frequenza veramente sconfortante. Nelle mani degli operatori i più abili ed i più scrupolosi, dai quali io ho veduto praticarsi lunghe serie di laparotomie senza infezione, ho veduto tener dietro alle sinfisiotomie, quasi costantemente, delle febbri da suppurazione così lunghe e così gravi, che mi sono domandato veramente se sia giustificato per salvare un essere che ha davanti a sè così poche probabilità di vita, sottoporre una donna ad un così lungo martirio. Molto più se si considera che essendo l'indicazione della sinfisiotomia all'incirca nei limiti numerici della interruzione artificiale della gravidanza a scopo ostetrico, questa donna giustamente assistita è capace di prole viva e vitabile.

La sinfisiotomia deve conquistare il campo della ostetricia pratica per vivere, come operazione di clinica perde molto del suo valore. Quando si hanno i risultati che sul taglio cesareo possono presentare certe cli-

niche, io credo razionale, che lo si preferisca, corrispondendo con questo, ad un minimo aumento delle mortalità, una percentuale di gran lunga maggiore nelle guarigioni pronti e complete.

Ed è appunto in questo senso che si sono pronunciati i clinici più autorevoli della Germania nell'ultimo Congresso, e lo stesso prof. Zweifel, che con tanta dottrina e tanto brillantemente ha difeso la sinfisiotomia dai potenti attacchi dei colleghi, ha dovuto confessare, che per la sinfisiotomia è necessario il potere evitare l'infezione. Io credo che questa non sia sempre l'espressione di una contaminazione diretta, ma debba nella maggior parte dei casi procedere dall' infezione delle vie genitali, è una localizzazione del virus infettivo, la cui gravità dipende dalla sede; così si spiegano i casi di infezioni frequenti nelle rotture sottocutanee della sinfisi sia spontanee, rare, sia secondarie ad atti operativi. Così si spiega quest'oscillare dei processi infettivi nelle sinfisiotomie, nonostante le più scrupolose misure profilattiche, quasi ci stesse a rappresentare quella percentuale di morbilità puerperale, che nonostante tutte le cure e tutte le precauzioni non siamo riusciti a bandire dalle cliniche meglio dirette, e quindi si deve alla più rigorosa antisepsi della ferita, unire anche una più rigorosa assistenza al parto, evitando ogni non giustificato intervento per vaginam, specie nei casi di secreto vaginale non completamente normale; non credo prudente l' intervento nei casi sospetti di infezione.

Del resto qualunque sia la spiegazione che si vuol dare al fatto, resta di positivo che la sezione della sinfisi col coltello è sempre difficile, anzi rappresenta sempre un maltrattamento delle parti che deve agevolarne l'infezione, sia che essa avvenga direttamente, sia per via secondaria, poichè diminuisce la vitalità e la resistenza dei tessuti.

Pensando a questo atto operativo e parlando col sig. Härtel fabbricante di strumenti chirurgici in Breslavia, persona intelligentissima quanto gentile, io espressi il desiderio di vedere, se dei fili sottili di acciaio a superfice scabra sono capaci di sezionare le ossa. Il giorno dopo il sig. Härtel mi presentava un primo filo e con nostra meraviglia potevamo con questo segare non solo l'osso, ma anche l'ovaio. Io lo pregai allora a volere studiare meglio, a voler perfezionare questa nuova sega, sembramdomi che, uno strumento capace di sezionare le ossa e che può per la sua sottigliezza e la sua pieghevolezza essere, sulla guida di un

ago, portato attorno a qualunque punto, dovesse avere importanza non solo per la sinfisiotomia, ma anche per la chirurgia generale. Dirò ora brevemente i risultati.

Il sig. Härtel è riuscito a costruire 4 grandezze di filo metallico dal diametro di mm. 1, mm. 0,85, 0,65, 0,45. Quest' ultimo ha la granlezza di un sottile filo di seta. Quando io ebbi i primi modelli di questa sega io sperai di poter con questi sostituire intieramente la sega a catena, strumento difficile a sterilizzarsi, costoso, che troppo facilmente si rompe e che non raggiunge certo l' ideale sottigliezza del filo metallico. Ma la sega a filo non può segare sotto tutti gli angoli almeno nel modo col quale è costruita presentemente. Per questo l'operaio deve farla a piccoli tratti, stringendo il filo fra le morse, e si comprende bene, che per quanto egli sia abile, per quanto la pressione della morsa sia leggera, si viene ad interrompere sul filo la uniformità di struttura, di qui la resistenza diversa del filo ordinario e del filo ridotto a sega.

Tuttavia, avendo cura di far poggiare la sega sulla superfice più larga dell'osso, non ravvicinando tutti i manici, e procedendo con movimenti regolari, si sega con tutta facilità senza pericolo che si rompa, ed io ho praticato molte volte la resezione delle coste, il taglio delle sinfisi sul cadavere senza che lo strumento si spezzasse. Nella sezione del mascellare superiore mi si sono spezzate due seghe, l'angolo è molto acuto, il margine è tagliente, e, come ho detto, la sega in queste condizioni non resiste a lungo.

Ma se si pensa al prezzo minimo di questo strumento semplicissimo, ed alla facilità con la quale può sostituirsi alla rotta una nuova, si vede come possa rendersi utile anche nella resezione del mascellare superiore. Del resto io lo presento per la sezione delle sinfisi, nella quale non si rompe nè si deve rompere. Lo strumento si porta al di dietro delle sinfisi sulla guida di una sonda scanalata opportunamente curvata, o meglio sulla guida di un ago speciale, una specie di ago di Dechamp scanalato, perchè alla sega si adattano ai suoi estremi i manici e con pochi colpi si pratica la sezione. Nessuna fatica e nessun pericolo. Avendo avuto dal sig. Härtel lo strumento proprio negli ultimi giorni del mio soggiorno in Breslavia, il desiderio di tornare in patria mi ha impedito di esperimentarlo così lungamente come avrei desiderato. Io credo che si possa praticare con questa sega con uguale faci-

lità l'antica pubiotomia, che il prof. Morisani in un recente articolo in questo giornale disse operazione da non dimenticarsi.

Riserbandomi di ritornare presto sull'argomento in altra occasione, ne lascio il giudizio a coloro che vorranno esperimentarlo.

Breslavia, 19 luglio 1893.

RASSEGNA

PEAN. — **De l'ablation totale de l'utérus pour les grandes tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de cet organe.** — *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, juin 1892.

Ricorda dapprima i progressi della miomectomia, le fasi del metodo intraperitoneale ed extraperitoneale del moncone, convenendo che non si può dare una regola assoluta in ogni caso. Parla poscia della ablazione totale riassumendo la tecnica operatoria primitiva. Incisione delle pareti, sezione dei legamenti previa forcipressura, legatura dei legamenti, legatura del tumore più in basso possibile, ed escisione al disopra del laccio. Apertura del cul di sacco vaginale anteriore e posteriore. Forcipressura dei legamenti larghi sulla loro parte inferiore per via vaginale, allo scopo di togliere anche il collo uterino. Se non che dall'A. stesso la tecnica operativa fu di assai semplificata, ecco come: aperto l'addome estrae il tumore dalla breccia. Legatura elastica in basso il più possibile, escisione del tumore; indi al disopra od al disotto del laccio elastico, serra fortemente un filo metallico e reseca il moncone primitivo e chiude la breccia laparotomica. Per via vaginale poi leva il moncone ed il filo metallico colle solite regole della forcipressura dei legamenti larghi e del morcellement. In ragione dei risultati ottenuti arriva alle seguenti conclusioni:

1.° Ogni qual volta è indicato di togliere un grande fibroma, fibrocistico od interstiziale del corpo, conviene attenersi al metodo proposto, cioè via addominale e vaginale combinato.

2.° Metodo che permette l'ablazione rapida dell'utero e de' suoi annessi più che coi metodi intra ed extra peritoneale.

3.° Metodo che allarga il dominio della chirurgia, ed aumenta il numero delle guarigioni. DECIO.

SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Il 5.° Congresso dei Ginecologi Tedeschi

tenutosi in Breslavia il 25-27 maggio 1893.

(Presidente prof. Fritsch).

Il 5.° Congresso dei ginecologi tedeschi, che ha avuto luogo in questi giorni nella bella ed elegante clinica ostetrico-ginecologica di Breslavia, è riuscito molto interessante, e per l'importanza degli argomenti scelti a discussione generale, *la sinfisiotomia* e *le operazioni degli annessi* e per le comunicazioni e la vivacità delle discussioni.

Io seguendo il concetto del presidente prof. Fritsch, cercherò in questa corrispondenza di riassumere più largamente e più completamente che posso, quanto si riferisce ai due argomenti sopra ricordati, accennando brevemente alle più importanti comunicazioni, rimandando coloro, che desiderassero su queste notizie più particolareggiate, al resoconto del *Centralbl. f. Gynaekologie*, dove il mio amico dott. Courant ha con molta cura riassunti i lavori del Congresso e dove possono trovare riassunte dagli stessi autori tutte le comunicazioni.

Con un breve discorso di apertura, il prof. Fritsch, chiaramente delinea lo stato presente ed i rapporti della ginecologia, con gli altri rami della medicina e coi nuovi portati della scienza. Egli dice, che alcuni capitoli della ginecologia e dell'ostetricia possono considerarsi come completi, ad esempio, l'ovariotomia, altri quasi completi, come la miomectomia (e tale è apparso a me seguendo gli splendidi risultati ottenuti dal professore sulla clinica in questi ultimi tempi), altri sono ancora molto incompleti e fra questi i due temi su cui fra breve si aprirà il dibattito e su cui raccomandò di rivolgere tutta l'attenzione, affinchè il lavoro possa riuscire il più vantaggioso. Ed ha la parola il prof. *Zweifel* relatore sul tema: « *La sinfisiotomia.* » Come se gli anatemi dello Spiegelberg su questa operazione dominassero ancora nell'ambiente di questa Breslavia, dove egli per molto tempo ha insegnato e dominato nelle specialità, non ostante la calda e vigorosa difesa del prof. Zweifel e le dimostrazioni anatomiche del dott. Döderlein, la maggior parte dei congressisti si è mostrata piuttosto ostile a quest'operazione, limitandone le indicazioni specialmente nella pratica medica.

Il prof. *Zweifel* comincia rifacendo brevemente e chiaramente la storia della sinfisiotomia da Sigault, a Morisani, a Pinard, e riassumendo i larghi contributi clinici ed anatomici su queste operazioni, poi viene ai suoi risultati clinici. Egli ha operato 14 donne ed i risultati delle sue operazioni depongono in favore di questa. Delle donne operate nessuna morì, dei neonati due soli, uno per grave asfissia, l'altro nacque vivo e morì due giorni più tardi per pneumonia. Egli applicò in questi casi 10 volte il forcipe, ma sempre a testa grandemente impegnata nello scavo. Come il prof. Morisani, egli raccomanda di aspettare sempre, dopo l'operazione, l'indicazione ostetrica rigorosa all'intervento per *vaginam*. Egli descrive quindi minutamente l'atto operativo. Divide la sinfisi con un bistori ordinario, in un caso solamente dovette ricorrere alla sega. Tenendo il dito nella sinfisi e facendo fare alla donna dei piccoli movimenti di abbassamento e di innalzamento degli arti inferiori, si riesce a riconoscere il decorso della sinfisi stessa, non sempre mediano e portare su quello il coltello. La recisione della sola sinfisi dà una divaricazione di 1[2 cent., con l'incisione anche del legamento arcuato si divarica la sinfisi per lo spessore di un dito. L'incisione del legamento e la necessaria lesione dei corpi annessi del clitoride dà luogo a emorragia sempre. Si può dominarla con il tamponamento. Al passaggio della testa i due monconi si divaricano di 6.5 — 7.5 cent.

L'A. presenta il suo trapano per la perforazione della sinfisi, è un trapano ordinario con la punta del perforatore crunata. Dopo aver passato una spatola sotto il moncone osseo della sinfisi per difendere le parti molli, perfora in pochi colpi di trapano l'osso, passa nella cruna del perforatore il filo d'argento, e ritira il perforatore ed il filo; così dall'altro lato: non crede necessario per riavvicinare le sinfisi di esercitare pressioni sui trocanteri, basta dare una buona posizione alla donna e ravvicinare le gambe ruotando in dentro la punta dei piedi. Sutura della ferita con drenaggio dell'angolo inferiore. Bendaggio con semplici bende di cerotto.

Avendo avuto dei casi di incontinenza nelle operate suturate col filo d'argento, mentre non ne aveva in quelle suturate col catgut, pratica ora sempre la sutura ossea col filo di catgut. Dopo 12 ore leva il drenaggio. La ferita della sinfisi guarisce completamente; al massimo al 20.° giorno le malate camminano senza disturbi. Egli ha notato sulle donne guarite un leggero aumento dei diametri trasversi del bacino. La febbre disgraziatamente sopravviene di frequente, dei 14 casi 3 soli ebbero puerperio normale, in 5 l'infezione fu grave. Le lesioni delle parti molli non furono frequenti, furono osservate solamente in 5 e di queste 4 erano primipare. Non dilatare la sinfisi più del necessario e aspettare. L'A. crede all'avvenire dell'operazione specialmente se si giungerà ad impedire l'infezione della ferita.

Dott. *Döderlein* (Lipsia) combatte con ricerche anatomiche gli argomenti del

Baudelocque contro la sinfisiotomia. Le articolazioni sacro-iliache sono vere e proprie sinfisi, che permettono, entro certi limiti, la mobilità delle superfici ossee. La dilatazione della sinfisi pubica al di là di 6 cent. porta la rottura dei ligamenti e della capsula, lesioni che guariscono completamente se rimangono asettiche. Le lesioni avvengono di preferenza a destra e la dilatazione del bacino è asimmetrica. Presenta dei tracciati planimetrici da cui risulta che lo stretto superiore che

	chiuso misura	dilatato di 6 cent.	aumento
1.° caso	105 cmq.	155 cmq.	50 cmq.
		dilatato di 8 cent.	
2.° caso	112 cmq.	178 cmq.	66 cmq.
	lo scavo		
	122 cmq.	188 cmq.	66 cmq.

Si ha in media un aumento di 8 cmq. di superfice ad ogni cent. di divaricamento della sinfisi.

La sinfisiotomia, conclude, non porta a lesioni gravi e dà sempre un notevole aumento di spazio.

Il prof. *Leopold* di Dresda si pronunzia assolutamente, con grande meraviglia dei convenuti, contro la sinfisiotomia. Egli dice di aver operato solo 4 donne e considera l'operazione, sia per i pericoli durante l'atto operativo, sia per quelli che possono sopravvenire dopo, non raccomandabile nella pratica. Emorragia, infezione, ecco i due spettri che accompagnano quest'atto operativo. Le lesioni della vagina sono frequenti e pericolose, specie nella pratica civile dove non sempre il medico può fare il comodo del parto. È bene procedere con molta prudenza nelle primipare.

Prof. *Chrobak* (Vienna). È bene egli dice, che coloro che insegnano questi atti operativi ai giovani medici, abbiano la coscenza della loro responsabilità. La sinfisiotomia non è una operazione pratica. Emorragia per lesioni delle parti molli od infezione sono troppo facili e non sempre leggere.

Prof. *Frommel* (Erlangen). Si pronuncia pure vivamente contrario. Presenta un caso in cui la sinfisi non si consolidò e la donna ebbe una infezione che la costrinse a letto per 3 mesi.

Prof. *Fehling* (Basilea). È pure di avviso, che debbano limitarsi l'indicazioni della sinfisiotomia specialmente nelle primipare. Deve stare al posto del taglio cesareo con indicazione relativa. Crede consigliabile tentare la sinfisiotomia in combinazione con la interruzione della gravidanza. La sinfisiotomia ci dà un allungamento del diametro antero-posteriore rappresentato abbastanza bene dal valore delle coniugate diagonali. Ha operato tre donne e lamenta egli pure le lacerazioni e le infezioni. Fa la sutura ossea coi fili d'argento, e per la medicazione usa l'apparecchio del Pinard che trova molto pratico.

Dott. *Dührssen* (Berlino). Dice che i diametri antero-posteriori del bacino subiscono fisiologicamente un aumento facendo abbassare le gambe, per l'abbassamento della sinfisi come ha notato il Walcher. L'aumento può raggiungere fino a 12 mill., i bacini ampli guadagnano meno.

Prof. *Schauta* (Vienna). Preferisce il taglio cesareo alla sinfisiotomia e lo pratica tutte le volte che si trova davanti ad un caso non esplorato.

Ha praticato la sinfisiotomia 10 volte. Non crede che sia necessario aspettare, egli suole procedere subito al forcipe od al rivolgimento. In due casi ebbe lesioni dalle parti molli, mai delle sinfisi sacro-iliache e presenta anzi un bacino di una donna operata e morta per infezione in cui si vedono le sinfisi sacro-iliache benissimo riparate.

Prof. *Olshausen* (Berlino). Riporta due casi, il primo in eclampsica con bacino molto viziato, la donna morì per coma eclampsico dopo 24 ore e l'operazione fu difficile. La seconda fu anche più difficile, specie nella divisione della sinfisi, la donna guarì, ma penosamente. Egli pure preferisce il taglio cesareo.

Dott. *Koffer* (Vienna). Comunica i risultati ottenuti nella clinica di Gustavo Braun, 10 casi con due morti. Presenta un apparecchio da fissare il bacino e permettere un graduale divaricamento dei pubi mediante una vite.

Dott. *Bumm* (Oppeln). Presenta una donna operata nel novembre 1892 di sinfisiotomia nella quale la sinfisi non è saldata.

Dott. *Sviecicki* (Posen). Un caso favorevole in una primipara.

Prof. *Sänger* (Lipsia). Non può portare un contributo esperimentale proprio, ma crede sia da preferire il taglio cesareo.

Dott. *Bumm* (Wurzbourg). Ha fatto delle ricerche esperimentali sugli animali che depongono in favore dell'atto operativo.

Dott. *Neugebauer* (Varsavia). Riporta dati statistici, dice che le statistiche dell'operazione sono naturalmente poco concludenti e non reggono alla critica.

Prof. *Winckel* (Monaco). Critica i dati del dott. Varnier di Parigi e crede egli pure che debbano limitarsi le indicazioni alla sinfisiotomia.

Ha la parola nuovamente il prof. *Zveifel* per concludere sull'argomento. Egli si meravigliò prima di tutto di quanto ha ascoltato, non l'avrebbe creduto possibile in un Congresso tedesco. Non può trattenersi dall'esclamare un doloroso « *tu quoque* » al prof. Leopold che si era mostrato un tempo tanto entusiasta per l'atto operativo. Egli crede tuttavia che la sinfisiotomia nei bacini viziati fra i 7 e gli 8. 5 cent. sia giustificabilissima. La esatta pelvimetria e la antisepsi scrupolosa daranno, egli dice, a questo atto operativo la maggiore estensione e praticità.

Non meno interessante è riuscito l'argomento *delle operazioni degli annessi*, ed esso pure ha portato ad una sorpresa. Il prof. Martin ha consigliato caldamente una chirurgia più conservativa, dalla quale, egli dice, ha ottenuto buonissimi risultati.

Cosa si deve dire, ha esclamato con molto spirito nel brindisi al pranzo sociale il prof. Sänger, quando si vede un Martin andare con lo spillone a bucare i follicoli idropici e con le forbici scattivare le frange delle trombe! Ed è così.

L'assez des mutilations del Doléris ha risuonato nel seno del Congresso tedesco per una delle sue più autorevoli voci, ed è molto significativo. La comunicazione frattanto del prof. Schauta, importante sotto ogni rapporto, ha per base sperimentato il risultato di 216 operazioni col 6 0[0 di mortalità. Il prof. dice che egli intende escludere dal tema la gravidanza estrauterina, e limitarsi solo alle lesioni infiammatorie frequentissime, secondo la sua esperienza clinica, 1130 sopra 6315 casi, cioè il 17. 8 0[0 e difficili a guarire spontaneamente, quando le alterazioni hanno portato l'ispessimento della parete tubaria. Entra a parlare dell'esame batteriologico, e più specialmente della necessità di praticarlo durante l'operazione. Egli rileva il fatto, che noi non possiamo clinicamente stabilire, se, in una data affezione infiammatoria degli annessi, si troverà o no pus, e di quale natura, nè l'anamnesi, nè l'esame ginecologico, nè la temperatura ci offrono caratteri sicuri. Si può avere un decorso febbrile in casi ove si ha pus sterile e viceversa afebbrile in quelli ove si trovarono microrganismi. L'esame del pus durante l'operazione è semplice e possibile in tutti i casi, ci dà un criterio sicuro per la diagnosi e per il trattamento della ferita. È pus privo di microrganismi, la prognosi è favorevole e si può suturare completamente la ferita; vi sono microrganismi, la prognosi è più riservata e si deve fare il drenaggio del cavo addominale, per il quale egli consiglia il metodo del prof. Mikulicz. Non si impiega nell'esame più di 5 minuti, cosa che non disturba e non interrompe per nulla l'atto operativo. Indicazione all'atto operativo è l'ispessimento della tromba che raggiunga almeno la grossezza di un dito. Qui il prof. descrisse minutamente la tecnica nei diversi casi. Preferisce la via addominale alla vaginale col metodo Péan-Segond.

Molto eloquente è una più minuta analisi dei suoi dati statistici. Egli dice di aver avuto il 2. 8 0[0 (4 : 144) nei casi semplici ove non ha trovato pus, il 9 0[0 (3 : 33) dove si trovarono solo gonococchi, il 20 0[0 (3 : 15) dove si trovarono streptococchi o stafilococchi, di questi ultimi ha il 16. 6 0[0 nei casi ove fece il drenaggio, il 40 0[0 dove non fece il drenaggio. Importanti dati, poichè ci dimostrano di quanto viene aggravata la prognosi *quoad vitam* con l'atto operativo, nei casi gravi, e la necessità di cercare dei dati clinici sicuri, e di conoscere esattamente il decorso naturale della malattia, per potere intervenire nel periodo più favorevole e meno pericoloso. Bisogna aggiungere di più che non tutte le donne operate guariscono radicalmente; nei casi più semplici ad esempio il prof. Schauta numera sole 81 guarite, le altre sono solamente migliorate o non guarite o perdute di vista. Se noi deduciamo logicamente da questo, che la guarigione radicale debba essere

tanto più difficile ad ottenersi, quanto più grave è il caso, si vede quando si aggrava la prognosi in questi ultimi casi. In generale il percentuale delle guarigioni durevoli è 82.6 0[0.

Il prof. *Martin* non condivide l'opinione del prof. Schauta, nel dividere le sacche purulente in asettiche e settiche, non crede si possa riporre tutta la fiducia in un esame microscopico fatto con quella limitazione di tempo, crede più pratico il distinguere queste raccolte secondo la facilità con la quale si possono enucleare. Ritiene il numero dei casi presentati dal prof. Schauta, insufficiente per deporre a favore del drenaggio, che egli ha usato una volta; ma che ha del tutto abbandonato. Egli estirpa le trombe solo nei casi sospetti, negli altri interviene con criteri largamente conservatori di cui ha molto a lodarsi. Presenta i seguenti dati statistici, 40 donne operate di resezione della tromba con due morti e 4 insuccessi curativi. Delle altre completamente guarite, una è divenuta nuovamente gravida, 21 casi di resezione dell'ovaio con una morta e 2 recidive. Di 24 donne operate di resezione della tromba e dell' ovaio da tempo, 8, che erano state sino allora sterili, sono restate incinte. Nella resezione dell' ovaio consiglia di praticare la sutura della ferita per evitare le aderenze.

Il prof. *Kaltenbach* di Halle richiama l' attenzione sul diagnostico; sull' importanza di raccogliere esattamente la storia della malata e sui segni dell' esame obiettivo. Le affezioni recenti degli annessi sono accompagnate dall'infiammazione del connettivo pelvico. Si deve ritardare l' intervento. Non crede utile il massaggio che nei casi cronici, insufficiente l'esame batteriologico durante l'operazione. Nelle piosalpingi il pericolo più grave è l'ostruzione intestinale.

Chroback riporta due serie statistiche una di 41 casi, operati nell'anno 88-89 col 2. 43 di mortalità; l' altra del 89-92 di 106 operazioni col 3. 77 di mortalità. Crede egli pure, che si possa al momento dell'operazione decidere della virulenza di un pus. Crede il massaggio indicato solo nei casi antichi.

Winkel riporta un caso in cui in seguito al massaggio in una lesione degli annessi insorse un vomito insistente, che lo costrinse ad intervenire con la laparotomia e trovò un ascesso della grossezza di un uovo.

Zweifel riporta dei dati sorprendenti. Egli ha fatti 140 laparotomie per lesioni degli annessi ed ha avuto solo due casi di morte.

Avrebbe quindi una mortalità di 1.42 0[0. Egli attribuisce questi risultati favorevoli alla scrupolosa emostasi ed all' uso di compresse sterilizzate ed asciutte, come vide praticare sino dal 1872-76 dal Köberle. Non fa mai il drenaggio. Non crede all' utilità dell'esame microscopico durante l'operazione, nè alla efficacia del massaggio nelle infiammazioni che non hanno raggiunta la cronicità. Egli dice di operare, come il Martin, senza elevamento del bacino e fra le gambe della paziente, crede, che questa posizione sia vantaggiosa impedendo il deflusso dei liquidi in alto verso il diaframma.

Il dott. *Wertheim*, assistente del prof. Schauta, dice, che l'esame batteriologico durante l'operazione è facile, si può anche, trovando dei microrganismi nella preparazione, stabilire se si tratta o no di gonococchi con la colorazione differenziale del Gram. Per giudicare della virulenza hanno valore soltanto le inoculazioni sugli animali. In quattro casi vi fu errore nell'esame microscopico, si constatò con la cultura che si trattava di ginococchi e non di stafilococchi, come si era trovato durante l'operazione. In un caso il pus esaminato da un assistente poco pratico fu negativo, mentre in realtà si trattava di pus virulento per streptococchi e l'operata morì dentro 24 ore, non si era fatto il drenaggio, ed alla necroscopia si trovarono streptococchi nel peritoneo.

Il dott. *Menge* assistente del prof. Zweifel, comunica delle ricerche molto importanti sui microorganismi dei genitali femminili sani e malati. Egli divide la sfera genitale in due zone importanti, una superiore alcalina rappresentata dagli annessi e dall' utero, una inferiore acida rappresentata dalla vagina. Le secrezioni vaginali a volta molto acide non permettono lo sviluppo di germi che vivono in mezzi alcalini. Si spiega così il perchè nelle condizioni normali l' utero e gli annessi sono privi di germi. Il limite fra queste due zone è l'orificio esterno. Dei germi patogeni il solo gonococco è capace di impiantarsi sopra un epitelio sano, quello del collo ad esempio, e determinarvi una reazione specifica, gli altri germi hanno bisogno di trovarlo alterato. La vagina delle donne gravide contiene sempre batteri, ma questi non vivono che nei mezzi acidi, quindi non sono capaci di invadere la zona superiore. Le infezioni puerperali da microorganismi della suppurazione sono sempre date dalla persona che assiste il parto, ma si possono avere infezioni di natura gonorroica e queste possono preesistere al parto, si può avere quella che si dice gonorrea puerperale e questa potrebbe dirsi autoinfezione.

Non crede necessario disinfettare nella gravida la vagina, molto meno il collo. I gonococchi stanno nella cripte ghiandolari inaccessibili agli antisettici. Il pus delle trombe generalmente è sterile. La causa delle salpingiti è più frequentemente il gonococco, si possono avere però salpingiti da piogeni, da diplococchi del Frankel-Talamon, rare, così pure crede le tubercolari. Quando le sacche sono chiuse contengono nel pus la cultura pura di quel dato microorganismo.

Boisleux (Parigi) riporta alcune sue esperienze batteriologiche: pratica il drenaggio sistematico con tubi di cautchuh imbevuto nella soluzione eterea satura di jodoformio e di questi tubi presenta alcuni pezzi. Questo drain può, egli dice, rimanere anche otto giorni nel cavo peritoneale senza aversi cattivo odore. Fa secondariamente all'operazione il massaggio per facilitare la guarigione e dice di avere ottenuto risultati molto favorevoli.

Dott. *Ahl* di Lipsia dice che nelle resezioni si deve cercare di lasciare almeno 1[3 o 1[4 dell'organo normale specie nei casi di resezione bilaterale.

Prof. *Leopold*, crede sia meglio intervenendo di portare via gli organi ammalati completamente. Ha operato 22 donne di isterectomia non col metodo del Péan ma con l'ordinario e crede sia razionale.

Prof. *Küster* cauterizza col Paquelin le aderenze.

Dott. *Landau* ha ottenuto buonissimi risultati col metodo del Pean-Segond.

Dott. *Mackenrodt* (Berlino). Consiglia che sia da istituirsi nei manicomi un servizio ginecologico potendo l' intervento operativo influire su alcune forme psichiche.

Il prof. *Olshausen* trova molto importante il metodo del prof. Schauta, per quanto, come resulta da quanto ha detto il dott. Wertheim, non sempre sicuro. Egli comincia a fare lo scollamento in alto e pratica la puntura della sacca e lo svuotamento prima della estirpazione.

Prof. *Sänger* si dichiara partigiano del drenaggio sia a scopo profilattico che a scopo emostastico. Usa la garza jodoformata secondo il metodo del prof. Mikulicz.

Anche il prof. *Frommel* fa il drenaggio, e dice che nelle idrosalpingiti pratica la resezione non l'estirpazione.

Fränkel (Breslau) fa la punzione del sacco prima dell'estirpazione.

Il prof. *Mikulicz* dimostra il suo geniale metodo di drenaggio addominale, ben noto. Dice di non avere che a lodarsene. Presenta anche un altro importante metodo di tamponamento con dei tamponi asettici pieni di una sostanza vegetale djanto, che viene usato volgarmente anche da noi a scopo emostatico sotto il nome di sangue di drago. Questi tamponi possono restare anche 24 ore. Con questo metodo, egli dice, posso ora anche nelle più difficili laparotomie riposare al sicuro da ogni sorpresa dal lato dell'emorragia.

Il prof. *Schauta* riassume le diverse discussioni rispondendo alle diverse obiezioni e termina consigliando i colleghi ad usare il suo metodo. E con alcuni schiarimenti da parte dello Zweifel e del Martin si chiude il dibattito sulle operazioni degli annessi.

Breslavia, 15 giugno 1893.

LEONARDO GIGLI.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XV. Agosto 1893. Num. 8.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SURGEONS OF ENG. 3 OCT 93 LIBRARY

LAPAROTOMIE

CONSIDERAZIONI CLINICHE

DEL
Prof. G. CALDERINI

Il presente scritto poggia sopra un centinaio e mezzo di laparotomie state eseguite da me nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Parma nel corso di un decennio, durante il quale un migliaio di ammalate furono curate nell'Istituto medesimo. Se il loro numero non è molto cospicuo, non è senza importanza la varietà delle condizioni morbose per le quali furono intraprese e il tributo di osservazione diagnostica, terapeutica e anatomo-patologica che fornirono a me e ai miei assistenti, ai miei scolari, a quei medici che mi onorarono della loro stima e fiducia, inviandomi le ammalate e presenziando agli atti operativi. Non è anche da trascurarsi la quantità dei buoni risultati ottenuti, tenuto conto della varia natura e gravità dei casi.

Oso per queste considerazioni accingermi a stendere il presente scritto cui il lettore provetto darà una rapida occhiata e il meno provetto potrà leggere non senza qualche profitto, trovandovi la fedele esposizione di fatti clinici attentamente studiati.

Debbo avvertire che metto nella presente pubblicazione le 37 laparotomie già rese note con uno speciale scritto uscito nel 1889 (« Di alcune laparotomie state eseguite dal prof. G. Calderini. » Parma, *Ateneo medico parmense*, anno III, fasc. I) e che comprendo, come altri già hanno fatto, fra le laparotomie, le isterectomie totali vaginali e i tagli cesarei.

Le operazioni sono descritte in modo sommario e uniforme in 15 tavole nell'ordine che è indicato nella tavola dell'esito delle operazioni.

La diagnosi della malattia, la ponderazione della indicazione e della opportunità, la preparazione della ammalata, i preparativi per l'operazione, la particolarità di questa, la cura consecutiva, il controllo della diagnosi, l'esame dei pezzi anatomici esportati, l'esito prossimo e remoto formeranno argomento delle varie parti del presente lavoro.

* * *

La *diagnosi* è il fondamento della terapia razionale. Nel campo ostetrico-ginecologico si distingue la diagnosi propria della condizione morbosa dell'apparato genitale e quella delle condizioni dell'organismo in generale; per la esatta valutazione di queste ultime non è in tutti i casi sempre sufficiente il corredo di cognizioni generali che può possedere qualunque medico; non rare volte occorre l'illuminato consiglio dei colleghi, a seconda della specializzazione dei loro studii. L'applicazione di questi principii, che ha per base la onestà scientifica, restringe la terapia operativa in più giusti confini e la osservanza dei medesimi per parte dei medici pratici dà un indirizzo più razionale alla terapia che essi fanno nel seno delle famiglie e non fa perdere alle ammalate il tempo utile per la applicazione delle risorse curative operatorie.

Le ammalate che sono contemplate in questo lavoro clinico si sono presentate la maggior parte nell'ambulatorio pubblico dell'Istituto e in piccola parte nelle ore di mia consultazione privata, talora indirizzate dai signori medici, molte volte spontaneamente.

La anamnesi remota e prossima, le condizioni generali, le condizioni funzionali ed anatomiche dell'apparato genitale furono sempre rilevate nella prima visita, per modo da potere formulare una prima diagnosi e un piano generico di cura. Tutte furono con maggiore o minore insistenza, a seconda della gravità del caso, invitate a ricoverarsi nell'Istituto, a spese dei comuni, se povere, o a proprie spese.

Nelle prime giornate di permanenza nell'Istituto viene dai medici assistenti redatta sulla cartella clinica l'anamnesi particolareggiata, e sulla medesima cartella descritto lo stato presente e il risultato dell'esame dell'ammalata fatto da me, e specialmente lo stato dell'apparato

genitale e registrati, la formola diagnostica e il piano di cura e la ragione dell' operazione. Nella anamnesi è naturalmente considerato di preferenza quanto si riferisce alle funzioni dell' apparato genitale nel periodo generativo. L' esame dello stato generale viene fatto in letto, l'esame dell'addome e dell'apparato genitale sul tavolo ginecologico, con speciale preparazione della donna relativamente allo svuotamento dell' intestino e della vescica, all'abbigliamento della persona, alla pulizia generale e locale.

La prima parte dell'esame ginecologico è costituito dalla ispezione e dalla palpazione delle mammelle, e dalla ispezione, palpazione, percussione e ascoltazione del ventre, con speciale riguardo — all' infuori dell' apparato genitale — allo stato della milza, del fegato e dei reni, non trascurando lo studio dello spessore del pannicolo adiposo e lo stato di contrazione dei muscoli delle pareti addominali. Per facilitare l'esame in caso di eccessivo spessore delle pareti addominali e di contrazione spasmodica dei muscoli, esamino coll'aiuto della narcosi, di rado però, potendo nel maggior numero dei casi farne senza e risparmiando alla operanda la ripugnanza di una seconda cloroformizzazione.

Non credo di diffondermi nella esposizione di tutte le particolarità diagnostiche che si rilevano coll'esame esterno. Amo dir due parole però della disposizione della ammalata, detta di Trendelenbourg, e della puntura esplorativa.

Per stabilire bene i rapporti di una neoplasia sorta dall'interno del bacino, coll'apparato genitale interno, da parecchi anni uso, coll'aiuto di un' infermiera, girare il corpo della malata, quando già sta sul tavolo ginecologico, in modo che la coscia e il bacino vengano ad appoggiarsi allo schienale e il petto e le spalle al tavolato, facendo sostenere la testa dalla infermiera. In questa disposizione rinnovo l'esame esterno e l'esame combinato, associato alla uncinazione del collo dell' utero, applicando l'uncino semplice o il doppio articolato sulla guida di due dita.

La puntura esplorativa fu da me adoperata assai di rado come mezzo diagnostico, avendo potuto formulare la diagnosi abbastanza esatta senza ricorrere a questo mezzo che può dare alla diagnosi una maggiore precisione, non sempre necessaria, esponendo la malata a qualche pericolo non disprezzabile.

All' esame esterno faccio seguire l'esame interno-esterno, ossia

l'*esame combinato,* il quale anche senza l'aiuto della narcosi mi ha sempre fornito dati importantissimi, in grazia anche dell'esercizio del tatto, acquistato colle esplorazioni ostetriche e colle esplorazioni ginecologiche numerosissime, eseguite in una serie di anni, specialmente nell' ambulatorio. Disposta la donna in posizione ginecologica, disinfettati i genitali esterni, lavata e disinfettata la vagina, tenendo sempre conto dei materiali che la ondata reflua trasporta fuori, disinfettate le mani, mi accingo all' esame combinato fatto con due dita, salvo che condizioni speciali consigliassero l' uso di un dito, e cercando colla mano esterna il corpo dell' utero prima, gli annessi poi, studiando colle dita interne il collo dell' utero, lo stato dei fornici, degli annessi e dei legamenti e le condizioni dell' utero. Soventi alterno l'uso delle mani per fare un esame più completo.

L' esame rettale, per quanto spiacevole per la malata e per il medico, è il solo mezzo per fare l' esame combinato nello stato verginale, quando si possa rispettare, ed è mezzo utilissimo per studiare i legamenti utero-sacrali, i parametrii, le ovaia e la faccia posteriore dell'utero.

È in special modo importante l'uso dell'uncino impiantato nel collo dell' utero per trarre in basso il viscere, della sonda uterina per renderlo rigido e smuoverlo in diversi sensi, facendo contemporaneamente l'esame retto addominale, ovvero, utilizzando anche il pollice introdotto in vagina, l'esame combinato retto-vagino-addominale. Di questo speciale esame mi giovo soventi per sceverare nei casi dubbi l'utero da neoplasie circostanti in apparenza facenti parte con esso. Durante l'esame faccio tirare sul collo e spostare la sonda in alto o più a destra o più a sinistra; fra il pollice e l'indice si riesce a comprendere una condizione morbosa situata nel Douglas.

La distensione della vagina, o del retto, o della vescica ottenuta con iniezioni di acqua tiepida e la dilatazione della vagina mediante l'aria ottenuta colla posizione genu-pettorale e colla introduzione di due dita, mi giovarono in alcuni casi, potendo sperimentare la condizione dei detti visceri e degli annessi e dei loro rapporti e nella posizione genu-pettorale potendo sperimentare la spostabilità dell' utero, le trazioni sulla cervice, la palpazione e la percussione e la succussione del ventre pendulo e la percussione delle regioni lombari e renali e delle fosse iliache esterne.

Dello speculum faccio sempre uso dopo dell'esame digitale; dò la preferenza a quello di Sims coadiuvato, per trarre in su la parete superiore della vagina, dalla spatola di Simon, affidandoli ad una infermiera dopo la conveniente applicazione.

Prima di applicare lo speculum uso disinfettare una seconda volta la vagina, e disinfetto una terza volta quando non insuflo polvere di jodoformio sul collo dell'utero e dentro la vagina.

Occorrendo di fare il cateterismo uterino, disinfettata la sonda, scelta fra le tante a norma del caso, mediante lavatura, asciugamento col cotone, immersione in soluzione alcoolica-eterea di jodoformio, asciugo sempre prima la cervice e la tocco con batuffoletto di cotone imbevuto della anzidetta soluzione, immettendolo per un momento nel canale cervicale se permeabile. L'uncinazione della cervice facilitò sempre maggiormente l'esame colla sonda.

Per la diagnosi delle neoplasie del collo dell'utero o mediante le forbici, o col cucchiaio, o meglio col bistorì esporto un pezzetto di neoplasia per l'esame istologico fresco e con preparati in sezioni, per i casi di endometrite fungosa di natura sospetta, specie le associate a ingrossamento del corpo dell'utero o faccio un raschiamento limitato diagnostico, ovvero un raschiamento curativo completo per avere abbondanza di materiali per la diagnosi istologica; con questo mezzo riescii a fare diagnosi oltremodo soddisfacenti e così esatte da proporre con sicurezza l'isterectomia totale con grande vantaggio delle ammalate, e con soddisfazione mia e della scolaresca, vedendo confermata la diagnosi.

Ora potrei addentrarmi in alcune particolarità diagnostiche relative ai vari gruppi di malattie per le quali furono eseguiti gli atti operativi; ma oltrepasserei i limiti in cui desidero tenere questo scritto, perciò muovo il passo verso un altro punto.

***

Per quanta confidenza siasi acquistata coll' esercizio e cogli esiti delle operazioni laparotomiche, sono convinto non si debba mai operare senza una seria ponderazione della *indicazione dell'atto operativo.* Se si tratta di tumori ovarici io proposi sempre senza reticenza l' intervento operativo, le ragioni sono ovvie se cistici; possono crescere senza limite,

dar luogo a peritoniti e ad aderenze, se di lungo peduncolo alle conseguenze della torsione del medesimo, se sono solidi non rare volte sono di natura infettante; se non sono molto voluminosi con buona tecnica sono facilmente esportabili e si ha un per cento elevatissimo di buoni risultati, specie nelle forme cistiche; se sono piccoli e mobili si possono esportare per la via della vagina in modo assai soddisfacente in quanto non rimangono traccia visibili della operazione.

Nelle degenerazioni cistiche delle ovaia accompagnate da processi flogistici periovarici e nelle salpingiti e perisalpingiti proposi ed eseguii la cura operativa solo dopo conveniente preparazione, curando il processo flogistico acuto o sub-acuto specialmente coll'ittiolo, per rendere più sicura la diagnosi, più facile l'atto operativo, più sicuro l'esito e in questi casi non m'accinsi mai alla operazione per la via vaginale; questa fece un mio assistente ma non riuscì, per quanto abile, a fare una operazione completa.

Non in tutti i casi di ovaro-salpingiti proposi l'operazione, perchè in molti casi mediante cura conveniente la donna vive abbastanza bene senza perdere il carattere femminino, ciò che la può rendere umiliata verso di sè stessa e rispetto al marito; inoltre l'atto operativo per lo più non difficilissimo per un esperto operatore non è neppure sempre conducibile a compimento senza pericolo di gravi lesioni, come a me due volte è accaduto, pure avendo acquistata una certa pratica nelle operazioni sugli annessi dell'utero. Regolandomi secondo questi criteri presento certamente una non larga statistica di laparotomie per ovaro-salpingiti, ma sento di non essermi meritato il grido di reazione sollevatosi contro alle esagerazioni dei castratori.

Castrazioni vere e proprie io ne eseguii poche e solo per cura dei miomi, quando mi parve che questo mezzo avrebbe bastato, mentre la operazione per il poco volume del tumore non si presentava difficile; non apersi mai l'addome per fare di proposito questa operazione per la cura dei miomi, perchè in essa ripongo poca fiducia, specie se il tumore è voluminoso, e son d'avviso che l'effetto che si ottiene si deve oltrechè alla ablazione delle ovaja e quindi alla soppressione della congestione mestruale, alla legatura dei legamenti larghi. Le castrazioni si trovano comprese nella tavola delle ovaro-salpingectomie.

Nei miomi parietali e sottoperitoneali la indicazione della operazione

non la feci consistere nella sola esistenza del tumore perchè ho visti molti casi di donne aventi miomi, giungere a tarda età senza notevoli disturbi della salute; ma nella rapida crescenza del tumore e nel dolore e nelle emorragie anemizzanti, condizioni che sono in relazione alla diversa struttura e sede dei tumori.

Trovo tanto più prudente non essere corrivi a proporre l'operazione per un mioma uterino in quanto è accaduto a non pochi di scambiare per mioma un utero gestante, errore che non accadrebbe se dal primo esame alla proposta dell'operazione si lascia passare un dato tempo.

Si aggiunga che quanto a gravità di atto operativo non vi è confronto fra ovariectomia e miomectomia per la tecnica operatoria e che la cicatrice addominale è per la miomectomia necessariamente più lunga, quindi è più estesa la località di minore resistenza.

Le incisioni esploratrici costituirono per me una necessità inevitabile o per soddisfare alla insistenza della ammalata per una operazione o per una speranza da parte mia di potere in qualche modo giovare ad una infelice, alla quale non mi sentiva di dire che non rimaneva più nulla da fare, furono fatte più per diagnosi di operabilità, che per diagnosi della malattia. Le incisioni operative da me eseguite diedero talvolta un buon risultato ad esempio nelle peritoniti tubercolosi se accompagnate da lavatura del cavo peritoneale, talvolta non cambiarono in peggio le condizioni della donna, ma non portarono verun miglioramento; quando la incisione esplorativa, non ostante la gravità dell'atto operativo, fu seguita, non potendosi a meno, da operazione, questa, sebbene non abbia cagionata la morte immediata della donna, non riuscì però a guarirla e per lo più affrettò l'esito infausto.

Le isterectomie totali vaginali sono in numero relativamente piccolo se si mette in confronto alla grande quantità di neoplasie infettanti uterine da me state diagnosticate; questo dimostra che la indicazione della operazione oltrechè dalla natura della malattia fu desunta dal grado di diffusione e cioè riservata a quei casi in cui nè il peritoneo, nè i parametrii, nè la vagina erano infiltrati, per modo che era ragionevole sperare, almeno sotto l'aspetto clinico, che non dovesse avvenire sicuramente la riproduzione. Naturalmente in ogni caso tenni pur conto delle condizioni generali della ammalata, non tanto per assicurare un buon esito immediato della operazione, quanto per avere la presunzione

che la operata avesse la probabilità di vivere in condizioni migliori, non avendo la esistenza minacciata da eventuali malattie coesistenti inguaribili.

Come chiusa di questo paragrafo desidero dire che alle ammalate non ho spiegata mai l'operazione che avrei dovuto fare, limitandomi a domandare il consenso per l'operazione che fosse stata giudicata necessaria dopo un ulteriore esame diagnostico. Trattandosi di operazioni gravi non ho tralasciato di far cenno della gravità alla malata se richiesto. Ai parenti ho sempre spiegato la necessità o la convenienza e la opportunità della operazione e non ho mai nascosto i pericoli della medesima nè ho mai dato assicurazioni assolute, quanto al successo, non volendo dir più di quanto dice la statistica mia personale che è quella che risulta da questo lavoro; così comportandomi ottenni di operare sempre colla più illimitata fiducia da parte della operanda e dei suoi parenti, e in caso di insuccesso ebbi bensì dispiaceri non rimorsi.

* * *

Ora eccomi a dire alcune cose intorno *alla preparazione delle ammalate, ai preparativi per l' operazione ed ai mezzi antisettici messi in opera* per garantire l' esito il più possibile. Generalmente operai le ammalate dopo qualche giorno di permanenza nell'istituto per ottenere l'acclimatazione e per studiarle più da vicino e per aver agio di ripetere l'esame diagnostico. Nel giorno innanzi alla operazione veniva ordinato un bagno generale e un purgante talvolta unito a santonina, e due grammi di sottonitrato di bismuto da prendersi nella notte in due volte dopo aver preso per cena un torlo d'ovo sbattuto con vino marsala, obbligando dopo la mezzanotte la malata alla dieta più rigorosa. Questi preparativi servivano ad avvisare indirettamente che si avvicinava il giorno della operazione, ma nè il giorno, nè l'ora veniva mai fatta conoscere alla operanda alla quale si faceva credere che doveva subire un ulteriore esame colla narcosi.

I lavori preparatorii per l'operazione venivano eseguiti parte nel giorno innanzi all'operazione, parte nel mattino del giorno destinato alla medesima. Il locale fu sempre la camera destinata alle operazioni mantenuta costantemente pulita, aereata e disinfettata. Nel periodo di

dieci anni si andò man mano introducendo nuovi miglioramenti nei preparativi per le operazioni e nelle precauzioni antisettiche; così il polverizzatore usato prima per gettare la nebbia fenica sul ventre durante la operazione, fu usato durante la medesima più tardi con getto diretto altrove, poi solo prima dell' operazione, poi ne fu soppresso l' uso e riservato solo come mezzo di disinfezione dell'ambiente precedentemente alla operazione per casi speciali, e per le medicazioni nei casi di drenaggio addomino-peritoneale. Alle spugne che si disinfettavano col permanganato di potassa e coll' acido cloridrico diluito, fu sostituito il cotone al sublimato corrosivo, avvolto in garza pure al sublimato, il ventre fu lavato col sapone, poi colla soluzione di sublimato, poi coll'etere e poi fu inaffiato di soluzione alcoolica eterea di jodoformio; per la lavatura del peritoneo fu tenuta in pronto una soluzione calda di acido salicilico; alla tela di gomma forata, destinata a coprire la operanda, per un tempo usata poi abbandonata, furono sostituiti pannilini tolti dall'acqua fenica e applicati sull'epigastrio e sulla radice della coscia, e più tardi pannilini stati bolliti precedentemente nella soluzione di carbonato di soda, più tardi ancora falde di garza sterilizzata al calore secco. Alla medicazione classica di Lister fu sostituita la garza idrofila tagliata in striscie e lasciata essicare dopo averla imbevuta di soluzione alcoolico-eterea di jodoformio ricoperta da uno spesso strato di cotone idrofilo coperto da una foglia larga di guttaperca e questa da un pannolino, e il tutto fasciato con una pezza di lana tagliata nelle estremità a fettucce e queste embricate e fissate con spilli a fermaglio.

La seta che trovasi in commercio per uso chirurgico o la seta di Firenze si prepara ora dagli assistenti colla bollitura per un' ora e si conserva nell'alcool al sublimato 1[2 p. 0[00 e il catgut, lasciandolo 24 ore nella soluzione alcoolico-eterea di jodoformio e sfregandolo per poco con soluzione alcoolica di sublimato per conservarlo poi nell'alcool puro.

Gli strumenti per lo innanzi erano solo immersi nell'acqua fenica 5 0[0 durante l'operazione, ora sono stati tutti privati delle parti legnose e tutti nichelati e subiscono una ebullizione in soluzione di carbonato di soda 1 p. 0[0, indi vengono puliti con garza all'acido fenico e immersi in soluzione fenica 5 0[0, ovvero mantenuti nella stessa soluzione sodica.

In grazia dei mezzi testè esposti si andò innanzi con buona fortuna fino all'estate dell'anno 1892, quando due settimane dopo avere aperto

un ascesso parametrale in una puerpera nel quale furono trovati streptococchi, avendo praticate due laparotomie (nei casi segnati col N. 9, Tavola IX e col N. 17, Tavola VI), entrambe le operate soccombettero di peritonite settica, mentre l' atto operativo nell' uno e nell' altro caso era stato condotto in modo inappuntabile. Persuaso che nella camera da operazione era penetrato materiale settico, si praticò solo una isterectomia vaginale che non si poteva differire, e con buon esito (caso N. 28 della Tavola XIV) e sospese le operazioni per un mese, furono presi i seguenti provvedimenti: disinfezione delle pareti con soluzione al sublimato 1 p. 0[0 con acido cloridrico 5 p. 0[0 nell'acqua di calce; disinfezione degli oggetti di mobilio con acqua fenica 5 p. 0[0; separazione della camera per laparotomia da quella per le altre operazioni; rinnovata la provvista dei mezzi di medicazione; chiesta ed ottenuta una conveniente sorgente di gaz per la sterilizzazione del cotone e della garza dei batuffoli e cuscinetti col calore a 160° per un' ora in conveniente sterilizzatore di Rohrbek: soppresso l'uso dei pannilini applicati sul ventre della donna e sostituiti con quadrati di garza sterilizzata; soluzioni disinfettanti preparate con acqua bollita e allungate, per avere il titolo e la temperatura desiderata, pure con acqua sterilizzata; gli strumenti tolti dalla sterilizzatrice in acqua di soda mantenuti nella medesima senza più trattarli colla soluzione alcoolico-eterea di jodoformio; soppresso l'ufficio della infermiera che distendeva i pannilini, e proibita di sentire la temperatura dell'acqua colla immersione della mano; incaricata una infermiera per raccogliere con pezzuole le materie vomitate dalla operanda, e un'altra del maneggio delle soluzioni. I pannilini per uso comune sterilizzati con suffumigio di zolfo per 24 ore e conservati in un armadio speciale in attesa che si provveda ad un bucato disinfettante: ridotta la cooperazione per l'operazione nelle laparotomie a quella dell'aiuto per coadiuvare nell'atto operativo, asciugare e distendere le pezzuole di garza e del medico assistente per infilare gli aghi; il mobilio della camera di laparotomie ridotto alla massima semplicità, adagiando la malata su due tavolini di legno inverniciato, lunghi 0,90, larghi 0,50, alti 0,86, e messo di traverso uno alla testa dell'altro; la camera di laparatomie tenuta chiusa, e da aprirsi solo nel mattino della operazione; tavolini di ferro con tavolato di vetro sostituiti a quello di legno per preparare i mezzi di medicazione.

Messi in atto tutti questi mezzi coll' aiuto della amministrazione degli Ospizii Civili, la quale cedendo a insistenti domande promise pure la costruzione di un pavimento liscio e di un soffitto, si praticarono in due giorni di seguito due laparatomie in casi non facili e complicati e in soggetti che erano in condizioni tutt' altro che favorevoli e il risultato corrispose pienamente alla aspettazione (Casi N. 19, 20 della Tav. I).

La narcosi è affidata all' allievo assistente interno, studente del VI.° corso, il quale acquista coll' esercizio la sicurezza e la prudenza necessaria; per avere una completa narcosi senza pericolo, fa uso dell' apparecchio di Junker o della maschera di Esmarch, e di cloroformio della ditta Merch, il quale però dà più facilmente luogo al vomito che il cloroformio Duncan. Per qualche anno si fece uso di una iniezione di morfina precedente alla narcosi. È noto a tutti gli operatori di laparotomia quanta parte abbia una buona narcosi per il compimento dell'atto operativo. Nessun decesso per narcosi.

Gli accidenti per narcosi si riducono a tre, tutti superati felicemente e relativi sempre alle condizioni della operanda e alla inesperienza della persona destinata alla narcosi. Io mi sono sempre accorto in tempo dal diverso modo di respirare della operanda e dal cambiamento di colore della incisione addominale e dalla coagulazione del sangue che prima gemeva dalla medesima. Chiusa la incisione addominale colle pinze Museux, riscaldata la paziente, abbassato il capo, tirata fuori la lingua, e più di tutto attivata la respirazione artificiale mediante il sollevamento o lo stiramento delle braccia, inalazioni di ossigeno, furono i mezzi messi in atto per scongiurare i pericoli della narcosi e diedero in tutti i casi buon risultato.

* * *

All'atto operativo presenziarono sempre studenti o medici che lasciarono la loro firma nel registro delle operazioni dove si scrive antecedentemente la diagnosi e la operazione principale che si sta per fare.

Gli strumenti li prendo volontieri io stesso dalle bacinelle, l'aiuto mi coadiuva per asciugare, per legare, e per altri eventuali bisogni; un medico assistente mi porge gli aghi infilati.

L'incisione addominale la faccio a strati e molta cura pongo nella incisione del peritoneo e proporziono la lunghezza della incisione alle esigenze del caso per non dovere prolungare la incisione; aperto del tutto il peritoneo colle forbici, esploro. Tratto le aderenze o colle unghie o le incido fra due lacci. Pungo i tumori ovarici col bistorì e con una pinza tirando un orlo della incisione, guido il getto verso una tela di gomma che copre le gambe della operanda, intanto che l'aiuto preme sui lati il ventre. Il peduncolo lo esamino e lo trafiggo nel legamento utero-ovarico con ago a manico fisso e lo lego in due incrociando le due anse, e poi ancora una volta in massa coi capi dello stesso filo; esportato il tumore tocco il moncone coll'acido fenico 10 0[0 e sopracucisco il peritoneo con filo di seta fino.

Nelle *ovariectomie* riscontrai parecchie volte la torsione del peduncolo di uno, due, tre giri, conseguentemente peritoniti adesive, emorragie nelle pareti e nell'interno del tumore e degenerazione del contenuto. I fenomeni peritoneali, specialmente il dolore, furono per lo più la causa che spinse le ammalate a farsi visitare e che diede occasione alla scoperta del tumore per lo innanzi passato inosservato. Per lo più il tumore in questi casi non era molto voluminoso.

La cucitura delle pareti addominali che per lo passato facevo a tutto spessore, ora da parecchi anni la faccio con buon risultato come vidi fare da Thornton in Londra e cioè con filo di seta e con aghi di Hagedorn retti, impiantati colle dita; coll'ago trafiggo sul lato destro la pelle, il tendine dei muscoli, l'aponeurosi trasversale, il peritoneo con successive punture; quindi dal lato opposto faccio lo stesso in senso inverso, schivando sempre le fibre muscolari se sono state messe allo scoperto; durante la applicazione dei fili tengo sopra alle intestina un cuscinetto di garza; applicati tutti i fili tolgo la garza, distendo l'omento; fra me e l'aiuto avviciniamo i margini della incisione, mentre si tengono tesi i capi dei fili: colla pressione caccio l'aria, colle pinze sollevo gli orli del peritoneo; faccio asciugare le due faccie della ferita con pressione per non determinare nuovo sanguinamento collo strofinare e annodo i fili cominciando dal basso, lasciando incarico all'aiuto di sollevare gli orli cutanei con un ago di Hagedorn tenuto nel senso dell'asse della incisione in modo orizzontale. Taglio i fili, asciugo la cucitura che spolverizzo con poco jodoformio e applico la medicazione

avendo cura di fare aderire gli orli della guttapercha per ogni lato man mano che sotto pressione viene cacciata l'aria dal basso in alto, perchè appunto comincio a stringere le fettuccie che stanno sopra il pube.

La operata dopo ciò viene deposta sopra una barella e portata nella camera destinata alle operate di laparotomia.

Nelle *miomectomie* con trattamento interno del peduncolo, non sempre applico il laccio di gomma provvisorio; segmento i legamenti rotondi, poi i legamenti larghi prima verso il margine esterno sotto l'ovaio, per comprendere l'arteria ovarica, poi sempre più verso l'utero, avvertendo, quando sono a ridosso di questo, di comprendere un po' di tessuto uterino per legare bene l'arteria uterina, la quale può essere spostata e si può riconoscere dalla pulsazione; esportato il tumore, con incisione cuneiforme, faccio la tosatura, disinfetto la mucosa uterina o la escido e cucisco il moncone prima nella parte muscolare poi nel peritoneo, avendo l'avvertenza di far combaciare sierosa a sierosa.

In un solo caso usai il metodo esterno interno di Fritsch unendo il peritoneo parietale a quello del moncone e tenendo aperta la pelle per togliere i fili, il moncone col tempo si staccò e si affondò.

Operai più sovente in principio col trattamento esterno, stringendo il moncone con filo di ferro o con un filo giallo inglese resistentissimo mediante un piccolo costrittore di Cintrat che stringo ripetute volte durante la tosatura del moncone, che faccio dopo avere esportato il tumore; nel cucire la parete addominale ho cura di far passare i due fili che stanno sotto e sopra al moncone, nel peritoneo del moncone sotto al filo metallico e per impedire l'affondamento, trafiggo il moncone sotto al filo metallico con un ago che ha una paletta fissa da un lato e una mobile dal lato opposto per proteggerne la punta e nella medicazione circondo diligentemente il moncone con striscie di garza e il moncone cosperso di jodoformio lo cucisco in modo da quasi coprirlo col peritoneo; così che avviene più che lo sfacelo la mummificazione. Questo metodo che mi ha dato molti successi, anche in caso di grossissimi monconi, richiede una cura successiva assai lunga, perciò mi posi a sperimentare il trattamento interno. Nel trattamento esterno l'aderenza del moncone colla parete addominale col tempo si stacca.

Due volte feci l'*isterectomia totale addominale* in un caso per miomi multipli che avevano invaso il corpo e la cervice. Una buona

preparazione della ammalata e una buona narcosi tenne a segno le intestina, segmentai i legamenti larghi e i legamenti rotondi, poi con un taglio ad arco sulla faccia anteriore dell'utero incisi il peritoneo e lo dissecai e distaccai la vescica e aprii il fornice anteriore, attraverso alle estremità di questa incisione con aghi Dechamp, portai un filo attraverso al fornice posteriore per legare il tessuto che sta ai lati del collo e corrispondente al fornice laterale, indi sezionai questo tessuto colle forbici e successivamente il fornice posteriore; è notevole che aveva già allacciato l'arteria uterina segmentando i legamenti larghi perchè, pure essendo caduti subito i due lacci testè descritti, non vi fu emorragia. Quindi ridussi in un solo i diversi nodi dei legamenti larghi e cucii le due labbra della apertura vaginale, quindi cucii le due labbra del peritoneo impiantando l'ago anche nella cucitura vaginale e ottenni una breve cucitura trasversa che terminava ai lati con due ciuffetti, residuo delle legature dei legamenti larghi. Questa operazione fu eseguita dopo quella stata pubblicata dal prof. Inverardi, l'esito fu assai favorevole (23. 4. 1891).

Ripetei altra volta questa operazione ma con esito sfavorevole. La narcosi non fu come nel primo caso così completa e siccome era mia intenzione di fare l'affondamento del peduncolo l'operazione durò a lungo; il tumore era assai più voluminoso che nel primo caso. Nel caso speciale era indicata perchè altrimenti sarebbe rimasta una porzione di neoplasia sia col trattamento esterno, sia col trattamento interno e proprio in un punto che appariva come sarcoma. È però operazione grave e pericolosa.

In un altro caso (17. 5. 1892) feci l'*esportazione totale vagino-addominale* di un utero affetto da sarcoma del corpo e non esportabile per la via vaginale, operando prima per la via della vagina, come uso per le isterectomie vaginali, fino a giungere ad allacciare l'arteria uterina.

Ebbi cura poi di chiudere il collo con tamponcino e con punti di sutura per evitare l'infezione del peritoneo. Apersi il fornice posteriore e messa la donna in posizione orizzontale e fatte le opportune disinfezioni e messi in ordine gli strumenti previamente preparati per la laparotomia, apersi il ventre. Segmentai i legamenti rotondi e i legamenti larghi, sollevai con facilità l'utero reso più spostabile e portato un dito nella apertura del fornice posteriore con un ago Dechamp, posi

ancora un laccio per parte attraversando il legamento largo dall'avanti all'indietro e la parte già staccata dalla via vaginale, e infine aperto il peritoneo anteriormente, e distaccata la vescica, esportai completamente l'utero; posi un filo sul peritoneo vescicale e uniti tutti i fili delle legature del legamento largo per mezzo di un filo libero e mediante un ago curvo ottuso lungo di Billroth introdotto per la vagina nel peritoneo, tirai tutti i fili in vagina; così che il peritoneo formò un imbuto verso la vagina, in questo cacciai della garza pescante in vagina e cucii le pareti addominali dopo opportuna toelette.

Infine messa ancora la donna in posizione ginecologica e applicato lo speculum cambiai la garza da drenaggio, tirai e incrociai i fili e tamponai con garza la vagina.

Il decorso fu assai favorevole.

Nelle *ovaro salpingectomie addominali* distacco diligentemente colle dita le aderenze, prima di sollevare le ovaia e le tube; due volte mi riuscì per la durezza delle aderenze di potere completare l' operazione solo da un lato.

La toelette peritoneale la faccio con pallottole di cotone avvolto in garza munite di filo e portate con lunga pinza nello spazio del Douglas e nelle fosse diverse del peritoneo pelvico; se si è versato liquido sospetto nel cavo peritoneale ovvero se incontro una peritonite tubercolare faccio una lavatura mediante soluzione calda di acido salicilico con imbuto di vetro, tubo di gomma e tubo di vetro da drenaggio.

Se l'operazione diede luogo a sanguinamento che non cessa o se ho esportato una cisti dermoide o se ho scorticato il rivestimento interno di una cisti le cui pareti esterne abbandono perchè aderenti colle intestina, pongo un tubo da drenaggio ricurvo di vetro con dentro una striscia di garza e lo fisso all'angolo inferiore della ferita, indi faccio passare l'apertura esterna in un buco praticato nel mezzo di un foglio di guttaperca e metto in comunicazione la striscia di garza del tubo con una massa di garza eguale che aviluppo col foglio di guttapercha per modo da isolare questa massa assorbente dal resto della medicazione, la quale faccio come a suo tempo ho descritto.

Una volta nel terzo giorno della operazione, medicando la operata trovai il tubo di vetro spezzato. Con una lunga pinza fui fortunato di poter pescare ed estrarre il pezzo rimasto dentro.

Tre volte soltanto *apersi il ventre in donna incinta;* due volte sapendo che la donna era incinta; in un caso per mioma, un altro per tumore ovarico. Dei due casi tenni discorso nel Congresso Medico Internazionale di Berlino, e pubblicai un breve sunto nella *Rivista di ostetricia e ginecologia*, Torino, 1892.

Durante le due operazioni ebbi occasione di vedere il colore caratteristico paonazzo dell'utero, che si modifica durante la contrazione nelle operazioni cesaree, e la scorrevolezza del peritoneo utero vescicale nella regione cervicale e il gradino corrispondente al punto in cui il peritoneo si fa più aderente a livello della regione dell'anello di contrazione.

In due casi la narcosi non fu di danno al feto e la gravidanza continuò fino al termine. Le due operate ingravidirono di nuovo e partorirono felicemente. La cicatrice addominale nella nuova gravidanza si estese e si fece pigmentata (Ovariectomia 26. 5. 1889 e miomectomia 22. 7. 1890).

Nel terzo caso esportai un grosso tumore ovarico in donna non supposta incinta mentre lo era da circa un mese. Era stata mestruata da circa un mese prima di entrare nell'istituto; quando fu esaminata prima della operazione non aspettava ancora i prossimi mestrui; l'utero era poco voluminoso, piatto, il cateterismo era riuscito producendo leggero sanguinamento e penetrando per 10 centimetri, il leggero colore paonazzo era spiegato dall'avere da poco smesso di allattare. Quando fu fatta l'operazione fu esplorato l'altro ovaio che fu trovato sano e non fu esaminato il colore dell'utero. Lo stato di gestazione fu avvertito 40 giorni dopo la operazione praticando l'esame locale combinato come si fa sempre prima di congedare le ricoverate e fu confermato un mese dopo, con altro esame. Nè durante la permanenza della donna nell'istituto, nè dopo comparvero mai le mestruazioni; mentre nelle operate nelle quali rimane un'ovaia sogliono anticipare. Più tardi abortì. Ora è di nuovo incinta.

Specialmente dovetti ricorrere alla fissazione degli orli di cavità all'angolo inferiore della incisione addominale, nel caso di tumori del legamento largo; ne trovai di ovarici con sviluppo intralegamentoso e dei solidi, tra gli altri un fibromioma da un lato e un linfomioma dall'altro, computati nelle tavole delle miomectomie, e dei cistici provenienti da organi rudimentati del legamento largo, e di quelli complicati

da altri tumori cistici con sviluppo entroperitoneale. Credetti talora di aver legato un uretere, ma il sospetto non fu confermato. Trovai sempre lunghe e pericolose queste operazioni e susseguite da prolungata convalescenza. In alcuni casi seguì una fistola stercoracea anche molto tempo dopo l'operazione, tutte guarirono spontaneamente.

Ebbi migliori risultati nelle gravidanze extrauterine tubarie arrestate nei primi mesi e nella esportazione di un ematoma della tromba situato nel Douglas, forse residuo di ematocele retrouterino, e nella esportazione di grumi di sangue per ematocele conseguente a gravidanza extrauterina tubaria.

Parecchie volte eseguii con successo in donne pluripare la *ovarosalpingectomia vaginale* (Tav. XIII) e solo in casi di cisti semplici e poco voluminose e libere delle ovaia e ottenni soddisfacentissimi risultati oltrechè per brevità di operazione, per brevità di cura consecutiva, pel fatto che non rimanendo visibile la traccia della operazione, l'effetto morale della evirazione è minore. Previa diligente disinfezione sollevo il collo, apro ampiamente il fornice posteriore e il Douglas, lontano dal collo per risparmiare i legamenti utero-sacrali, con due dita tiro le cisti vicine alla breccia, con un uncino le pungo, le svuoto in parte e le cavo fuori; con esse vengono fuori i padiglioni delle trombe; trafiggo il peduncolo utero-ovarico con doppio filo di seta e tiro fuori il più che posso di tuba, lego e taglio, tocco coll'acido fenico al 10 0[0, e lasciato rientrare i monconi cucisco contemporaneamente la vagina e il peritoneo. Tolgo i fili dopo otto giorni, dopo i quali la malata si può alzare guarita.

Nelle isterectomie totali vaginali due volte mi occorse di trovare le ovaia degenerate cisticamente e di doverle togliere prima di fare la cucitura del peritoneo e della vagina.

Nelle *isterectomie cesaree* seguii diversi metodi, in un caso il metodo Porro operando prima del travaglio, lacerai l'utero in traverso colle dita dopo avere praticata una piccola incisione sulla parete anteriere nella regione cervicale e legai la cervice in due parti trafiggendola coll' ago di Kaltenbach portante un doppio cordone di gomma, e fissai il moncone all'angelo inferiore della incisione addominale. L'esito fu favorevole per la madre e per il bambino, i quali vivono tuttora. La donna era nubile quando fu operata, e più tardi avendo voluto il genitore contrarre re-

golare matrimonio colla madre del bambino, sorsero difficoltà ecclesiastiche per la sterilità assoluta della donna conseguente alla operazione. Ma furono appianate e così il figliuolo ora vive coi suoi genitori.

In un altro caso operai col metodo Sänger, in donna che era in travaglio e per indicazione relativa; estrassi l'utero intiero di sbieco e feci l'incisione verticale, estratto il feto staccai la placenta ottenendo la emostasia temporanea colle mani dell'aiuto durante l'incisione e colla cravatta di garza durante la cucitura, evitando la costrizione troppo forte la quale produce atonia dell'utero, feci la cucitura profonda secondo Leopold, e cioè, nella cucitura profonda a punti staccati schivai la decidua e nella superficiale, fatto un primo laccio, infiggeva l'ago obliquamente per far passare il filo nell'ansa del punto profondo e uscito il filo sul lato destro della ferita impiantava l'ago sul lato opposto di sinistra in direzione obliqua come già ho detto, avvertendo nel tirare il filo di avvicinare il peritoneo al peritoneo, deprimendone con una pinza i bordi in corrispondenza della ferita; così riesce una sutura continua, obliqua interna e trasversa esterna; il filo trasverso occupa il punto mediano fra due punti di sutura staccata profonda. Le intestina durante la fuoriuscita dell'utero furono contenute avvicinando le labbra della incisione addominale colle pinze Museaux. L'esito fu favorevole per la madre e per il figlio.

La donna divenne nuovamente incinta, sebbene l'utero sia rimasto sospeso per aderenze alla cicatrice addominale; si oppose ad un altro taglio cesareo, volle il parto prematuro; il bambino nacque vivo, ma soccombette pochi giorni dopo. Questo caso fu narrato dal dott. B. Pozzoli, negli « Studii di ostetricia e ginecologia » pubblicati a Milano nell'anno 1890.

In un caso operai la gastrotomia per rottura di utero avvenuta in parto durante tentativi di rivolgimento fatti a domicilio; il feto era passato col capo e con tutto il tronco nel cavo peritoneale; solo il braccio scendeva in vagina attraverso alla apertura.

Diviso il ventre, estratto il feto, pulito e lavato il peritoneo, stretta la regione cervicale con laccio di seta, esportai l'utero e insieme le tube e le ovaie e fissai il moncone nell'angolo inferiore della incisione addominale, ponendo un tubo di gomma per drenaggio fra la tasca peritoneale anteriore al legamento largo e la vagina. L'esito fu buono per

la madre, il feto era già morto quando si operò, l'utero era malconformato e precisamente « subseptus » e la mala conformazione aveva già cagionata un' altra presentazione di spalla che fu corretta con difficoltà mediante rivolgimento e nell' ultimo parto fu occasione della rottura dell' utero. Di questo caso feci una breve comunicazione nel Congresso medico di Berlino dell' anno 1890, presentando l'utero; nella stessa occasione comunicai un caso di miomectomia vaginale durante il parto; uno di ovariectomia durante la gravidanza, uno di miomectomia pure durante la gravidanza. (Vedi *Rivista di Ostetricia e Ginecologia,* Torino, 1890).

In un altro caso praticai il taglio cesareo col metodo Sänger in donna micromelica avente il tronco accorciato per cifosi dorso lombare, primipara a4 3 anni. L'operazione fu fatta in travaglio a dilatazione di 3 cent. acque scolate, feto minacciante asfissia, il quale fu estratto con persistente battito cardiaco, ma non fu riavuto. L'operazione procedette regolarmente, ma la donna soccombette due ore dopo con fenomeni di shock in causa di asistolia per dilatazione del foro atrio ventricolare destro e insufficienza della tricuspide e atrofia del rene destro con dilatazione della pelvi renale e dell'uretere. L'utero era contratto retratto, le cuciture uterine Sänger-Leopold regolari e tenaci, regolare la cucitura addominale, nessuna emorragia.

Altre tre operazioni cesaree fecero seguito a queste.

Una fu eseguita dal mio aiuto il dott. Pozzoli su donna osteomalacica, col metodo Porro e con notevole miglioramento delle condizioni della donna e le altre furono eseguite da me pure col metodo Porro, una in donna avente un bacino rachitico pseudosteomalacico, l'altra in donna osteomalacica con miglioramento della malattia; in tutti i casi con successo per la madre e per il feto.

Per le *isterectomie vaginali totali,* ho seguito diversi metodi operatorii, e cioè, il capitombolo anteriore e il posteriore, l'abbassamento progressivo; usai i veri aghi Dechamp e la seta, diversi modi di drenaggio; ora seguo il metodo descritto da Ohlshausen nel Congresso di Berlino con risultati superiori agli antecedenti, sia per la speditezza della operazione, sia per brevità della cura consecutiva, e cioè: disinfettata la vagina e disinfettato il cavo uterino stringo le labbra del collo dell'utero colle pinze Museaux, colle quali tiro in basso l'utero mentre

faccio deprimere la parete posteriore della vagina col mio speculum e sollevare la parete anteriore colla spatula di Simon. Incido la vagina in modo circolare il più lontano possibile dal collo, disseco colle dita in modo da allontanare le labbra della incisione di un paio di centimetri; apro ampiamente il fornice posteriore e il peritoneo del Douglas e cogli aghi Dechamps modificati (Eugen Hahn), muniti di catgut pongo un laccio nel tessuto che sta accanto al collo prima da un lato poi dall'altro e incido il tessuto fra il collo e il laccio. Ripeto la stessa manovra parecchie volte dissecando man mano negli intervalli il tessuto sottovescicale mediante le dita, finchè arrivo coi lacci sui lati all'arteria uterina e ai legamenti larghi e, colla dissezione, sul peritoneo vescico uterino, inciso questo faccio uscire la punta degli aghi, infitti sempre posteriormente, dalla apertura anteriore e in breve arrivo alla tuba ed al legamento rotondo dal lato destro e tagliata ancor' essa e tagliato il legamento rotondo estraggo il fianco destro dell' utero; indi lego il rimanente legamento largo di sinistra dall'alto al basso; ho cura nello stringere un laccio di comprendere un po' di tessuto del laccio precedente; asciugo il peritoneo con palla di cotone in garza, esamino gli annessi e li esporto se sono malati, quindi taglio i fili, unisco il peritoneo e gli orli della vagina contemporaneamente mediante fili di seta, risultandone una sutura lineare trasversale che spolverizzo con polvere di jodoformio.

Se persiste sanguinamento che non si possa frenare con legature unisco solo ai lati e, nella apertura centrale, pongo fin dentro allo spazio del Douglas una striscia di garza preparata che tolgo nel terzo giorno. I fili li tolgo nell'ottavo dì.

Mediante questa operazione esportai due sarcomi della cervice, uno del corpo, quattro carcinomi del corpo e il rimanente epiteliomi della cervice; una volta sola esportai un utero prolassato avente nel corpo parecchi nodi miomatosi (29. 4. 1886).

Il numero relativamente scarso delle operazioni in confronto alla grandissima quantità di neoplasie infettanti diagnosticate, dipende da ciò che operai solo nei casi in cui era probabile non avvenisse la recidiva non essendovi diffusione ai parametrii.

Nei casi di carcinoma del corpo dell' utero feci la diagnosi esaminando col microscopio le parti esportate. In un caso nel quale diagno-

sticai pure mediante l'esame microscopico un sarcoma della mucosa del corpo dell' utero in forma poliposa recidivata tre volte dopo altrettanti raschiamenti di cui il terzo fatto da me, la proposta di esportazione dell' utero fatta con molta riserva non fu accettata; per ragioni di famiglia la malata fu mandata altrove. Seppi che morì pochi mesi dopo di recidiva.

Proponendo l'esportazione totale dell' utero per forme infettanti ho sempre spiegata ai parenti che la operazione si doveva fare, tanto più tenuto conto della favorevolissima statistica dei risultati immediati, ma che indipendentemente da quanto il dito non poteva rilevare vi potevano essere diffusioni per vie linfatiche o per la via dei nervi non rilevabili in modo certo e capaci da cagionare la recidiva.

Alcuni casi di assoluta mancanza di recidiva anche dopo parecchi anni, mi mantengono la convinzione che fin'ora la cura migliore di malanno tanto terribile è la operazione se eseguita molto per tempo.

* * *

Non è compreso nel numero delle laparotomie una incisione delle pareti addominali nello spazio dello Petit, per arrivare dietro al rene destro in cerca di una sorgente di pus che scendeva lungo l' uretere destro e che scollata la vagina dall'uretra si era aperta uno sbocco fra l' apertura esterna dell' uretra e l' ingresso della vagina. Fu fatta detta incisione, dopo aver sperimentata inutile la spaccatura del tragitto attraverso alla parete anteriore della vagina per il più facile sgorgo del pus, e per fare iniezioni modificatrici. Il pus dietro al rene non fu trovato, la incisione si saldò in poco tempo, e la malata guarì.

Debbo avvertire che durante la incisione sul fianco tenni una sonda nel tragitto la quale produsse sanguinamento e forse anche cagionò i mutamenti che portarono la guarigione.

Trovasi neppure compreso il caso di un ano artificiale stato praticato in *extremis* nella operata di incompleta ovaro-salpingectomia, segnata col N. 11 nella Tav. VI. La malata che dopo l'operazione tornò ai suoi lavori di cameriera, entrò improvvisamente nell' Istituto nell'anno 1892, con fenomeni di ostruzione intestinale e peritoneali; l' ano artificiale

praticato sopra l'inguine destro diede un momentaneo miglioramento dopo del quale avvenne il decesso; la sezione mostrò che a poca distanza dall'ano artificiale l'intestino tenue si era rotto per buon tratto, le materie erano uscite nel cavo peritoneale e le antiche aderenze peritoneali della pelvi erano così fitte che anche sul cadavere non riusciva di staccarle.

Due sole volte per consiglio di un collega eseguii la incisione cutanea *simulante una laparotomia e la esportazione di un ovaio* (laparotomia sugestiva) in un caso dovetti pochi mesi dopo fare la castrazione per i gravi accessi isterici ripetutisi non ostante la cura sugestiva e la discissione della cervice stata fatta per curare i fenomeni di dismennorrea; nell'altro caso, pure di soggetto gravemente isterico, la discissione della cervice calmò i fenomeni dismennorroici. Ma la laparotomia sugestiva non fece cessare gli accessi isterici.

Inoltre non ho compreso nelle tavole alcune paracentesi addominali; e uno svuotamento di ascesso parametrale fatto col trequarti dando esito con buon successo ad una enorme quantità di pus; la puntura fu fatta nel luogo in cui di solito si fa la paracentesi addominale; e un caso di apertura di ascesso parametrale fatta col bistorì nella piega inguinale, nel qual caso la sola irrigazione bastò a lacerare il peritoneo e indurre una peritonite settica. Colla colorazione e colla coltura si trovarono nei cenci necrotici evacuati nell'atto della operazione, gli streptococchi. Questo caso riescì fatale come è detto a suo luogo per le malate state operate poco dopo.

***

Finita la operazione e la medicazione la operata viene portata sopra una barella nel letto in una camera destinata alle operate di laparotomia, dove una infermiera prende la temperatura ogni due ore, fa il cateterismo ogni 4, nei primi tre giorni, e introduce una canna di vetro nell'intestino retto, se non vi sono flati spontanei, se la donna è presa da coliche con borborigmi. Le coltri sono sollevate da un arco, il ghiaccio sopra la medicazione si applica di regola per 24 ore, dopo che la temperatura si è rialzata alla normale. Per 24 ore la operata non prende

bevande nè cibi specialmente se vomita, la sete ardente talvolta si fece diminuire con clisteri di acqua. Dopo 24 ore si incominciano a dare alimenti liquidi; nel 5.° giorno viene amministrato un leggero purgante e un po' di tempo dopo un clistere; nell'ottavo giorno viene fatta la prima medicazione, si tolgono i fili meno due nel mezzo e si pongono due fettucce di cerotto; la incisione quasi sempre unita *per primam* si asciuga solo col cotone. Nel 10.° giorno si tolgono gli altri fili. Nel 12.° giorno si rinnova la medicazione omettendo la guttaperca la quale mantiene il cotone umido impedendo la evaporazione. Nel 15.° giorno la operata si alza; nel 21.° si munisce di fascia addominale fatta per ogni singolo caso appositamente da una persona addetta all'Istituto. In capo al mese la malata viene congedata con raccomandazione di mandare notizie ogni tre mesi e di ripresentarsi. Quando la malata si ripresenta si prendono note dello stato suo in seguito ad un esame.

Se fu applicato un drenaggio peritoneo-addominale si fa la medicazione al terzo giorno sotto a nebulizzazione fenica e si toglie il tubo se con garza non si esporta più liquido, e si rinnova la medicazione, al 5.° giorno per togliere il po' di garza che si immette nel tratto esterno del condotto che era attraversato dal tubo di vetro.

Se fu posto un drenaggio vagino-peritoneale si porta la donna sul tavolo ginecologico e si muta la garza introducendola, per poco nella apertura peritoneale, si fa questo nel 2.° o nel 3.° giorno e si ripete nel 5.° Si tolgono i fili della cucitura vaginale nell'ottavo giorno. Le irrigazioni vaginali si fanno con getto moderato e obliquo; lo speculum e la spatola si applicano con riguardi.

Quando un peduncolo di mioma fu fissato nell'angolo inferiore della incisione addominale, la medicazione si fa nel 3.° giorno e si ripete più o meno di frequente con tosature se il moncone è grosso, e lavature al sublimato dopo tolti gli aghi trasversali e medicazioni colla soluzione alcoolica eterea di jodoformio talvolta iniettata nel tessuto del moncone con siringa di Pravaz, talvolta avvenne la fusione di tutto il moncone rimanendo un imbuto formato dal peritoneo comunicante per mezzo del canale cervicale colla vagina. Questo imbuto poi si chiuse con granulazioni.

Nella donna operata di gastrotomia con amputazione utero ovarica durante il vomito avvenne la deiscenza della ferita addominale nel

giorno dopo a quello in cui furono tolti i fili per non averne lasciato alcuno; il peritoneo solo fece argine alla tendenza ad uscire della intestina. Giunti in tempo per rifare la cucitura l'esito fu favorevole. Lo stesso fatto si ripetè in minori proporzioni in una operata di miomectomia.

Quando la operata ha perduto molto sangue, faccio iniezioni sottocutanee di soluzione normale di cloruro di sodio con un apparecchio che mi riservo di descrivere con una nota speciale.

(*Continua*).

OSPEDALE GINECOLOGICO MARIA VITTORIA IN TORINO

Le iniezioni endouterine di euforina

nella cura della endometrite

OSSERVAZIONI CLINICHE E TERAPEUTICHE

PEL

Dott. A. PINNA-PINTOR

In una comunicazione presentata alla R. Accademia di Medicina di Torino (1), esposi già i risultati ottenuti all' Ospedale M. Vittoria dall' impiego della polvere di euforina, come succedaneo del jodoformio nella cura delle erosioni del collo uterino, e dopo varie operazioni ginecologiche.

In una serie di 24 osservazioni, si era potuto constatare l'energico poter antisettico di questo rimedio, e la peculiare sua azione curativa su varie lesioni delle mucose genitali.

Per cui, basandomi su tali vantaggiosi effetti dell' euforina, e partendo dal principio ormai dimostrato per gli studî di Goenner (2) di Péraire (3), di Straus e di Sanchez Toledo (4), di Doléris (5) che tutte

(1) *Giornale della R. Accad. di Med.*, 1892, N. 7.

(2) « Ueber microorganismes in Secret der weibl. Genitalien während der Schwanger schaft und bei puerperalen Erkrankungen. » *Centr. f. Gyn.*, 1887, N. 28.

(3) « Des endométrites infectieuses. » Thèse de Paris, 1889.

(4) « Recherches microbiologiques sur l'utérus après la parturition physiologique. » *Ann. de l'Institut Pasteur*, t. II, p. 426.

(5) « De l'endométrite et de son traitement. » *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, 1887.

le infiammazioni dell'utero sono certamente d'origine infettiva, microbica, mi proposi di sperimentare tale costanza nelle endometriti, in sostituzione dei vari topici, tintura di jodio, percloruro di ferro, ittiolo, finora comunemente usati.

Per la sua assoluta insolubità nell'acqua, nella glicerina e in altri liquidi indifferenti, mi trovavo davanti alla difficoltà di portarla in una forma opportuna a diretto contatto dell'endometrio; ma con una soluzione alcoolica satura (1) di euforina, mescolata in parti eguali con olio d'olivo sterilizzato, potei ottenere un liquido della densità di 945, di reazione neutra, di color giallo paglierino, perfettamente limpido, e di odore aromatico non sgradevole. Tale soluzione oleo-alcoolica venne tollerata benissimo, iniettata nella cavità uterina, coi vantaggi che verrò in appresso esponendo.

Per quanto il raschiamento della mucosa dell' utero sia sempre il mezzo curativo sovrano nelle forme croniche di endometrite, non è tuttavia per sè solo sufficiente ad assicurarne la guarigione radicale, e da tempo è riconosciuta la necessità di una medicazione topica successiva.

Ma l' indirizzo di questo intervento medico secondario mi pare non si basasse finora su criterî ben stabiliti, e dominassero in proposito idee vaghe e un po' metafisiche.

Col raschiamento, come viene comunemente praticato, non si riesce ad esportare uniformemente tutta la mucosa ammalata, sfuggendo all'azione del cucchiaio lo strato profondo che contiene i cul di sacco ghiandolari e lo strato connettivo intimamente aderente al tessuto muscolare sottomucoso.

Ciò venne dimostrato dal Bossi (2) e da altri; ed io stesso potei constatarlo raschiando uteri appena esportati dalla donna vivente per forme croniche emorragiche di endometrite, e quindi facendo sezioni trasversali e longitudinali di alcuni tratti di mucosa uterina con parte della muscolare sottostante. In queste mie esperienze volli avvicinarmi il più possibile alle condizioni usuali in cui si pratica il raschiamento,

---

(1) La saturazione si ottiene sciogliendo l'euforina in quantità di egual peso di alcool assoluto. — Quantità anche minime d'acqua intorbidano la soluzione.

(2) *Nouv. Arch. d'Obst. e Gynéc.*, 1891-92.

e perciò fattomi tener fisso l'utero chiuso per i due corni e afferrato con una pinza Museux il labbro anteriore, praticai la dilatazione graduata del canal cervicale; quindi, introdotto un cucchiaio Volkmann nella cavità uterina, ne raschiai sistematicamente le pareti, imprimendo al cucchiaio una forza identica a quella che impiegasi di solito operando sul vivo.

Oltre i fondi ciechi glandolari nel sottile strato profondo e fra le fibre dello strato più superficiale della parete muscolare, potei pure riscontrare in alcune sezioni uno spessore maggiore, fino a trovare a livello del fondo per certi tratti, tutto intero lo strato mucoso col suo epitelio di rivestimento ben conservato.

I residui di mucosa che sfuggono all'azione diretta del cucchiaio, come potè dimostrare il Bossi sperimentalmente, cadono in necrosi negli strati superficiali che, misti al sangue coagulato che permane nella cavità uteriua e ne riveste le pareti abrase, possono diventare ottimo terreno di coltura per varî microorganismi, e, pur non essendo causa di infezione generale, ritardare il processo normale di riproduzione della mucosa.

Sia che l'endometrite riconosca un'origine infettiva, puerperale o blenorragica, sia che essa derivi secondo le vedute dell'Hausmann (1), del Küstner (2), del Winter (3), da un'autoinfezione, cioè da germi che normalmente si trovano nelle vie genitali della donna, e che solo in date circostanze possono sviluppare la loro virulenza, la sede costante dei germi infettivi è riconosciuto essere nei tubuli ghiandolari di cui è riccamente provvista la mucosa dell'utero.

Ciò premesso, s'intende di leggieri come scopo precipuo della cura successiva della cavità uterina, dopo praticato il raschiamento della mucosa, sia quello di procurarne la rigenerazione normale in un ambiente asettico.

Riproducendosi la mucosa per cariocinesi degli epiteli che rivestono i residui dei tubuli ghiandolari, come venne dimostrato da Ruge

---

(1) « Die Parasiten der weiblichen Geschlechtsorgane. » Berlin, 1870.

(2) « Beiträge zur Lehre der Endometritis. » Jena, 1883.

(3) « Die Microorganismen im Genitalcanal der gesunden Frau. » *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, Heft 2, 443.

e Veit (1) e dal Bossi sperimentalmente (2), le ghiandole neoformate, qualora gli elementi da cui derivano non sieno sottratti alle influenze flogogene microbiche, ripristinarono il quadro patologico, funzionale ed anatomico, della mucosa alterata primitiva.

La cauterizzazione energica intrauterina per mezzo della pasta di Canquoin di cui Dumontpallier (3) e Polaillon (4), si fecero in Francia caldi fautori, è ormai caduta in disuso per le gravi conseguenze cui può dar luogo (5), obliterazione degli orifizî delle tube, restringimento del canal cervicale, alterazioni gravi degli annessi, ecc.; ma anche i caustici blandi portati nella cavità uterina dopo il raschiamento non rispondono ad un concetto razionale, e piuttosto che utili devono nuocere al processo di riproduzione spontanea della mucosa. Infatti la vitalità degli elementi caduti sotto la loro azione, viene più o meno profondamente alterata, ed il risveglio dell'infiammazione, per quanto leggiera, che ne consegue, dà luogo ad una migrazione abbondante di leucociti che infiltrano e distaccano grandi lembi di epitelio neoformato.

Come conseguenza dunque di siffatto intervento, si avrà nella cavità uterina raccolta una quantità di detriti organici che potranno facilmente soggiacere a processi di decomposizione, e uno strato più o meno profondo di elementi, non caduti direttamente sotto l'azione del caustico, in via di necrosi.

I vantaggi però delle iniezioni endouterine comunemente usate (tintura di jodio, percloruro di ferro), ritengo debbano attribuirsi esclusivamente al loro potere antisettico, e punto alla loro azione caustica alterante, che anzi gli effetti di quest'ultima tenderebbero a neutralizzare l'efficacia dell'azione antimicrobica.

Di qui la necessità di avere a nostra disposizione una sostanza che,

---

(1) « Zur aetiologie und Anat. der Endometrites. » *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1881, Bd. V, p. 218.

(2) *Nouvelles Archives de Gynéc.*, déc. 1890 et janvier 1891.

(3) *Gaz. des hôp.*, 1889, p. 506.

(4) *Nouvelles Archives*, 1891-92.

(5) PICHEVIN. « Des accidents causé par la cautérisation intra-utérine pratiquée à l'aide de la pâte de Canquoin. » *Nouv. Arch. d'Obstétr. et Gyn.*, 25 févr. 1891, N. 2. — MORNEAU. « Des accidents consécutifs à la cautérisation intrautérine par le crayon de pâte de Canquoin, et de leur traitement. » Thèse de Paris, 25 juill. 1891.

priva di azione caustica, ma dotata di energico potere antisettico, non danneggi la vitalità degli elementi cellulari, favorendone anzi la normale proliferazione col rendere asettico l'ambiente. Ora, le osservazioni che riporterò in appresso, e che concernono varî casi di endometrite cronica, mi convinsero che le iniezioni praticate nell'utero, dopo il raschiamento, colla soluzione oleo-alcoolica di euforina, rispondono bene allo scopo.

Tale soluzione, giunta nella cavità dell'utero, trovandosi in contatto dell'acqua usata nelle irrigazioni endouterine, oppure dei secreti della mucosa, forma un finissimo precipitato di euforina cristallina che, deponendosi uniformemente sulle pareti, esercita la sua azione antisettica per lungo tempo, e profondamente nei cul di sacco ghiandolari.

Nel refluire la parte liquida in eccesso attraverso al canal cervicale in vagina non è menomamento causa di irritazione per le mucose con cui viene a contatto.

La leggiera emorragia che consegue di solito al raschiamento viene prontamente a cessare appena praticata la iniezione di euforina, per una speciale proprietà emostatica che ritengo debba attribuirsi soltanto all'alcool che entra nella soluzione.

In nessuno dei casi in cui vennero praticate iniezioni endo-uterine di euforina, si ebbe a notare rialzo termico, comparsa di dolori colici, sviluppo di complicazioni infiammatorie da parte del peritoneo pelvico, come talora si ebbe ad osservare dietro l'impiego del jodio, del percloruro di ferro, dell'ittiolo, nè, come può dare quest'ultimo, potei mai rilevare fenomeni di assorbimento (1).

La scomparsa della leucorrea e delle metrorragie, la regolarizzazione dei mestrui, la cessazione dei dolori, la riduzione alla norma del volume dell'utero e la detumefazione degli annessi nei casi in cui la endometrite si complicava con leggiere salpingo-ovariti uni o bilaterali, furono effetti costanti di questo trattamento.

Basandomi sull'esame istologico, praticato sui frammenti esportati col raschiamento in tutti i casi di endometrite sottoposti alla cura eu-

---

(1) Comunicazione del prof. Bergesio alla R. Accademia di Medicina di Torino. Seduta del 19 febbraio 1892.

forinica, ho potuto stabilire che i migliori risultati si ottengono nelle forme di endometrite cronica ghiandolare, che hanno la leucorrea come sintoma clinico più spiccato. Le forme interstiziali emorragiche, le forme miste, le forme fungose o polipoidi risentono meno l'efficacia di tal metodo di cura, od almeno occorre un numero molto maggiore di iniezioni, dopo il raschiamento, per ottenerne la guarigione radicale.

Il quadro microscopico che ho riscontrato comune ai casi di cui riferirò in succinto le storie cliniche, si può riassumere nei termini seguenti: spessore notevolmente aumentato della mucosa che si può riconoscere guardando contro luce le sezioni trattate col picrocarmino e coll'ematossilina, nel primo caso per un colore giallastro facilmente differenziabile dal colore rosso dello strato muscolare; nel secondo per un azzurro meno intenso; e, in entrambi, per una maggior trasparenza dovuta alle lacune microscopiche che presentano i tubuli ghiandolari. Lo strato epiteliale di rivestimento è in gran parte scomparso, e, dove ancora esiste, le cellule sono più voluminose, più larghe che allo stato normale: tra loro si scorgono delle cellule rotonde, migrate dai vasi, ed alla superficie detriti di cellule degenerate e di muco.

In sezioni tangenziali alla parete uterina, si vedono alla superficie mucosa, degli orifizi circolari bordati di epitelio cilindrico, molto avvicinati fra di loro, che rappresentano le sezioni trasversali dei tubuli ghiandolari.

A misura che ci s' avvicina alla faccia aderente della mucosa, le sezioni trasversali dei tubi ghiandolari aumentano di numero, mentre che le sezioni longitudinali diminuiscono e finiscono bentosto per scomparire.

Le ghiandole pressochè rettilinee e ristrette a livello della faccia libera della mucosa, divengono sinuose, circonvolute e dilatate verso la profondità. Nelle loro cavità, che son tapezzate da un solo strato di cellule cilindriche a nucleo ovulare ben evidente, molto allungate, provvedute talora di ciglia vibratili, si trova abbondantemente raccolto del muco colorato leggermente in verde dalla ematossilina.

Fra la parete ghiandolare e lo stroma interstiziale, si notano costantemente delle cellule connettive appiattite. Lo stroma interghiandolare è ordinariamente scarso e poco ricco di cellule rotonde, e i vasi, che decorrono in esso, notevolmente dilatati. Frequentemente infine ho

potuto osservare cellule in cariocinesi tanto fra gli elementi epiteliali delle ghiandole, quanto fra quelli di rivestimento alla superficie libera della mucosa.

In una delle osservazioni (caso N. 132), ebbi a notare un reperto istologico non comune e di non facile interpretazione. Oltre il numero notevolmente aumentate delle ghiandole, la loro sinuosità e la scarsità dello stroma interstiziale, rilevavasi di speciale una proliferazione abnorme dell' epitelio delle ghiandole. Dalle pareti di queste, e rientranti nel loro lume, partivano come degli speroni di aspetto arborescente, rivestiti alla sommità di parecchi strati di cellule cilindriche molto allungate, a contorni alquanto irregolari, compresse le une contro le altre.

Questa peculiare proliferazione leggermente atipica degli epiteli ghiandolari poteva lasciare incerti nella diagnosi, e far supporre l' iniziarsi di un processo di natura maligna, ad osempio di un adeno-carcinoma. Ma la struttura generale ben conservata delle ghiandole, il limite ben netto, stabilito da cellule piatte connettive, fra le pareti dei tubuli e lo stroma interghiandolare, e finalmente il decorso clinico susseguito al trattamento comune delle croniche endometriti, mi fece escludere la natura maligna e pensare ad una forma speciale di endometrite ghiandolare.

Prima di passare alle osservazioni cliniche, stimo utile aggiungere alcune parole sulla tecnica delle iniezioni endouterine praticate colla soluzione euforinica da me proposta.

Eseguito col metodo solito il raschiamento del cavo uterino, previa dilatazione graduata, irrigata la cavità con sonda a doppia corrente, s' inietta la soluzione euforinica colla comune siringa del Braun; ma perchè essa non s' intorbidi, e, precipitando, l'euforina si depositi sulle pareti del tubo di vetro e di cautchouc della siringa, arrivando in contatto colla soluzione antisettica di cui può esser ancora bagnata la siringa stessa, ho riconosciuto esser necessaria precauzione tener in pronto una boccetta d' olio sterilizzato con cui lavare prima ripetutamente la siringa, fino a che tutta l'acqua ne sia estratta.

Credo inutile avvertire che tanto nella preparazione della soluzione euforinica, quanto nelle manualità inerenti alle iniezioni, va osservata la più scrupolosa asepsi.

Le iniezioni vennero praticate successivamente ad intervalli di 4 a 6 giorni, previa irrigazione uterina di acqua bollita.

Nello sperimentare tale nuovo topico, volli sempre escluso ogni altro antisettico, perchè a quello solo fossero riferibili i vantaggi ottenuti, e appunto per ciò, dopo il raschiamento e dopo le successive medicazioni, diedi sempre la preferenza, per il tamponamento vaginale, alla garza chimicamente pura stirilizzata piuttosto che a quella jodoformica.

Non ho avuto finora occasione di osservare dei casi trattati colle sole iniezioni d'euforina, senza che prima si fosse praticato il raschiamento, perocchè nella pratica ospitaliera non ricorrono che le forme gravi inveterate, in cui è reso necessario l'intervento chirurgico. Ma dai risultati fin qui ottenuti, si può attendere che, nelle infiammazioni catarrali leggiere dell' endometrio, in cui l'ipersecrezione anormale è dovuta a lesioni superficiali della mucosa, più funzionali che anatomiche, le iniezioni d'euforina per sè sole possano dare benefici effetti.

A questo proposito mi giova riferire che il prof. Berruti gentilmente volle provare nella sua pratica privata il nuovo topico in varie forme leggiere di endometrite, ottenendone reali e indiscutibili vantaggi. A lui stesso, prima di chiudere questa mia nota, sento il dovere di esprimere i più vivi ringraziamenti per la gentile concessione fattami di sperimentare questo nuovo metodo di cura nella sezione da lui diretta, e per la cortesia di cui in questo caso, come sempre, mi diede prova costante.

Generalità Num. di Registro Data d'ingresso	Dati anamnestici Stato presente — Diagnosi	Cura e decorso	Esito	Data d'uscita
R. C. d'anni 42 da Cossilla. N. 71. 27 Giugno 1892.	Maritata. Nullipara. Da 3 mesi menorragie e metrorragie, dolori al basso ventre e sacro-lombari. — Isterometria 85. — Endometrite glandulo-interstiziale cronica.	2 Luglio, dilatazione e raschiamento. Iniezione endouterina di euforina. Tre iniezioni di euforina nei giorni 8, 13, 18.	Guarigione. Isterom. ridotta a 70.	19 Luglio 1892.
B. M. d'anni 33 da Traverselle. N. 72. 27 Giugno 1892.	Maritata. Un parto a termine 4 anni fa. Puerperio trascurato. Dopo questo, senso di peso al basso ventre e dolori sacro-lombari. — Ister. 85. — Endometrite ghiandolare cronica.	2 Luglio, dilatazione e raschiamento. Iniezione endouterina di euforina. Successivamente tre iniezioni euforiniche nei giorni 8, 14, 19.	Guarigione. Isterom. ridotta a 70.	27 Luglio 1892.
B. V. d'anni 32 da Chieri. N. 73. 27 Giugno 1892.	Maritata. IIpara. Ultimo parto un anno fa. Da allora leucorrea e dolori ai lati del basso ventre. Ultimamente menorragia. — Ister. 85. — Endometrite ghiandolare cronica. Leggiera salpingo-ovarite bilaterale.	2 Luglio, dilatazione e raschiamento. Iniezione endouter. d'euforina. Quattro iniezioni endouterine d'euforina nei giorni 5, 11, 15, 21.	Guarig. completa dell'endometrite. Infiammazione degli annessi quasi scomparsa. Isterometria 70.	25 Luglio 1892.
R. G. d'anni 42 da Reggio Emilia. N. 74. 2 Luglio 1892.	Maritata. 12 parti a termine, l'ultimo un anno e mezzo fa. Un aborto gemellare semestre, e un parto prematuro ottimestre, pare causati da eclampsia. Da 4 anni dolori alla fossa iliaca destra e sacro lombari. Leucorrea profusa. — Ister. 85. — Tumefazione degli annessi di destra. Endometrite catarrale cronica. Leggiera salpingo-ovarite destra.	4 Luglio, dilatazione e raschiam. Iniezione d'euforina. Altre iniezioni successive nei giorni 11, 13, 15, 19.	Guarigione dell'endometrite. Ister. ridotta a 70. Tumefazione non completa degli annessi di destra.	20 Luglio 1892.

Generalità Num. di Registro Data d'ingresso	Dati anamnestici Stato presente — Diagnosi	Cura e decorso	Esito	Data d'uscita
C. M. d'anni 41 da Cossilla. N. 75. 2 Luglio 1892.	Maritata. IIpara. Dopo l' ultimo parto, dolori sacrolombari e leucorrea. Dolori sacrolombari specie nel periodo menstruo. — Isterom. 80. — Stenosi cervicale. Endometrite ghiandolare cronica.	4 Luglio, dilatazione e raschiamento. Iniezione di euforina. Dal 6 all'11 si ha periodo menstruo regolare non doloroso. Tre iniezioni euforiniche nei giorni 13, 18, 27.	Guarigione.	28 Luglio 1892.
M. R. d'anni 26 da Alba. N. 83. 16 Luglio 1892.	Maritata. Nullipara. Da 2 anni menorragia e leucorrea. — Isterom. 85. — Endometrite fungosa.	19 Luglio, dilatazione e raschiamento. Iniezione euforinica. Successivamente 6 iniezioni nei giorni 27, 28, 3 Agosto, 8, 11, 14.	Guarigione. Scomparsa dell' emorragia. Completo benessere.	15 Agosto 1892.
B. M. d'anni 30 da Nizza (Monf.). N. 87. 26 Luglio 1892.	Maritata. VIpara. L'ultimo parto 7 mesi fa. Da quest'epoca dolori sacrolombari e leucorrea profusa. Nel mese scorso mestruazione due volte ripetuta. — Isterom. 90. — Endom. ghiandolare cronica, con erosioni del collo.	29 Luglio, dilatazione e raschiamento. Iniezione di euforina. Altre iniezioni nei giorni 4, 10, 16 Agosto. Dal 12 al 15 periodo mestruo regolare.	Guarigione. Ister. 75.	17 Agosto 1892.
B. L. d'anni 30 da Pragelato. N. 99. 28 Agosto 1892.	Maritata. IIpara. Da 8 mesi dolori e senso molesto di peso al basso ventre. Rachialgia. — Isterem. 80. — Retroflessione riducibile. Endometrite ghiandolare cronica.	4 Settembre, dilatazione con discissione bilaterale dell'orifizio interno. Raschiamento. Iniezioni di euforina. Sei iniezioni euforiniche ad intervalli di 4 giorni tra il 10 Settembre e il 2 Ottobre.	Guarigione. Ister. 70. Retrofless. quasi totalmente ridotta.	2 Ottobre 1892.
N. T. d'anni 34 da Torino. N. 101. 30 Agosto 1892.	Maritata. Nullipara. Sempre dismenorroica. Da 5 anni senso di peso al basso ventre e dolori anche nei periodi intermestruali	1.° Settembre, dilatazione e raschiamento. Iniezione d'euforina. Dall' 8 al 26, 5 successive iniezioni eu-	Guarigione. Ister. 65.	27 Sett. 1892.

	al basso ventre. — Ister. 95. — Endometrite ghiandolare cronica (forte iperplasia, stroma interghiandolare).	bre periodo mestruo regolare, quindi altre 5 iniezioni dal 2 al 23.		
M. M. d'anni 33 da Torino. N. 111. 29 Settembre 1892.	Maritata. Un parto a termine 4 anni fa con puerperio patologico febbrile. Da quell' epoca senso di peso al basso ventre, leucorrea abbondante, menstrui irregolari. — Ister. 90. — Endometrite glandolo-interstiz. cronica.	30 Settembre, dilatazione e raschiamento. Iniezione euforinica. Altre iniezioni nei giorni 7, 11, 19, 25 Ottobre.	Guarigione. Ister. 75.	25 Ottobre 1892.
F. T. d'anni 44 da S. Damiano. N. 112. 30 Settembre 1892.	Maritata. Un parto a termine 15 anni fa. Da 2 anni menorragie e metrorragie, dolori al basso ventre e leucorrea abbondante. — Isterom. 85. — Leggiera salpingo-ovarite bilaterale. Endometrite ghiandolare con proliferazione dello stroma.	3 Ottobre, dilatazione e raschiamento. Iniezione euforinica. Altre iniezioni nei giorni 9, 13, 19.	Guarigione dell' endometrite. Isterom. 70. Persistono leggieri dolori al ventre, riferibili alla infiammazione degli annessi non interamente scomparsa.	20 Ottobre 1892.
G. A. d'anni 33 da Bosconero. N. 118. 24 Ottobre 1892.	Maritata. Nullipara. Dall' epoca del matrimonio dismenorrea e leucorrea. — Isterom. 75. — Stenosi cervicale; leggiera endometrite catarrale.	27 Ottobre, dilatazione con discissione raggiata dell'orifizio interno. Raschiamento. Iniezioni di euforina. Altre iniezioni nei giorni 2 e 6 Novembre.	Miglioramento. Non si può proseguire la cura, lasciando la malata l'ospedale, senza consenso del medico.	7 Novem. 1892.
S. R. d'anni 33 da Alessandria. N. 119. 25 Ottobre 1892.	Maritata. Un parto a termine 7 anni fa. D'allora leucorrea, mestrui irregolari, accompagnati da disturbi nervosi. Dolori al quadrante inferiore S. Curata inutilmente e a lungo con medicazioni endouterine di jodio, seguite costantemente da violenti coliche. — Ister. 75. — Salpingo-ovarite S. Endometrite ghiandolare cronica.	27 Ottobre, dilatazione e raschiamento. Iniezione euforinica. 5 successive iniezioni dal 2 al 20 Nov.	Guarigione per quanto riguarda l' utero con scomparsa della leucorrea e regolarizzazione dei mestrui. Il tumore salpingeo per quanto sensibilmente diminuito, persiste a S.	21 Nov. 1892.

Generalità Num. di Registro Data d'ingresso	Dati anamnestici Stato presente — Diagnosi	Cura e decorso	Esito	Data d'uscita
C. F. d'anni 24 da Moranzengo. N. 123. 1.° Novembre 1892.	Maritata. Unipara. Da 3 mesi senso di peso al basso ventre, dolori sacrolombari e leucorrea abbondante. — Ister. 85. — Endometrite ghiandolare cronica.	4 Novembre, dilatazione e raschiamento. Iniezione euforinica; 4 iniezioni di euforina dal 12 al 27.	Guarigione. Ister. 70.	28 Nov. 1892.
C. T. d'anni 20 da Torino. N. 124. 4 Novembre 1892.	Maritata. Un parto a termine. Operata in ospedale un anno fa di salpingo-ovariectomia bilaterale, per salpingo-ovarite doppia. Torna per metrorragie e qualche dolore al basso ventre. Endometrite interstiziale. — Isterom. 65.	8 Novembre, dilatazione e raschiamento. Iniezione di euforina; 4 iniezioni dal 14 al 27.	Guarigione. Le metrorragie non ricomparvero.	28 Nov. 1892.
A. C. d'anni 31 da Mango. N. 132. 3 Dicembre 1892.	Maritata. Due parti a termine, uno prematuro e tre aborti, l'ultimo dei quali due mesi fa. Da parecchi anni mestrui irregolari per ritorno e più abbondanti. Leucorrea profusa. — Isterom. 85. — Endometrite cronica (?).	9 Dicembre, dilataz. graduata. Raschiamento. Iniezione endouterina d'euforina; 7 successive iniezioni dal 15 Ottobre 1892 al 6 Gennaio 1893.	Guarigione. Ister. 70.	7 Gennaio 1893.
R. A. d'anni 21 da Mango. N. 135. 12 Dicembre 1892.	Maritata. Un aborto quadrimestre un anno fa. Da questo menorragie e leucorrea. — Isterom. 75. — Endometrite ghiandolare cronica.	17 Dicembre, dilataz. graduata. Raschiamento. Iniezione endouterina d'euforina. Nei giorni 22, 26, 29, 2 Gennaio 1893, 6; 5 successive iniezioni euforiniche.	Guarigione. Ister. 70.	8 Gennaio 1893.

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'UNIVERSITÀ DI TORINO
(Prof. D. Tibone).

Un caso di frattura intrauterina della tibia

PEL

DOTT. P. CAVIGLIA, ASSISTENTE.

Le fratture intrauterine della tibia hanno oramai fornito alla letteratura medica un materiale non esiguo e furono oggetto di non poche discussioni, a partire del Gurtl (1857) (1) che pare sia stato il primo ad attribuirle a cause traumatiche, fino al Braun (2) che ne faceva oggetto d'una monografia completa pubblicata nel 1887, nella quale raccolse 27 casi già descritti nella letteratura e ve ne aggiunse 5 osservati da lui. I limiti di questa mia memoria non mi consentono di addentrarmi nella letteratura dell'argomento. Accennerò soltanto alla descrizione di un caso pubblicato dal dott. Motta nel 1888 (3).

Ciò che parmi non privo d'interesse nel caso che mi accingo a descrivere è il momento eziologico accertato in una causa traumatica, senza contusioni delle parti materne, e senza che nelle ossa fetali preesistesse uno stato patologico (sifilide, rachitismo congenito), che producesse una speciale fragilità delle ossa medesime. Dico ciò perchè sono frequenti nella letteratura i casi di frattura che avvennero senza causa traumatica nota, oppure che si verificarono in feti dalle ossa patologicamente più fragili. Queste circostanze spiegano perchè vi siano autori i quali non ammettono la possibilità di fratture intrauterine delle ossa

(1) GURTL. « Ueber intrauterine Verletzungen, etc. » *Monatschr. f. Geburtshulfe*, 1857.

(2) H. BRAUN. « Ueber die intrauterinen Fracturen der Tibia. » *Arch. f. Klin. Chir.*, N. 3, 1887.

(3) M. MOTTA. « Sulle fratture endouterine della tibia. » *Archivio di Ortopedia*, N. 1 e 2, 1888.

fetali da causa traumatica (Spiegelberg, Cruveilhier, Casper ed altri), in feti a sistema osseo normale.

Il caso che ebbi agio di osservare in questa clinica è tipico:

F. Marietta, d'anni 26, nubile, gravida per la terza volta, entra in clinica l'8 aprile 1892. È di costituzione robusta, senza traccia di manifestazioni sifilitiche attuali o pregresse; i parti precedenti si compirono affatto normalmente.

Ultima mestruazione dal 7 al 12 agosto 1891; nausee e vomiti nei primi 4 mesi; moti attivi percepiti alla metà del 5.° mese.

La donna racconta che nel giorno 10 gennaio 1892 (e precisamente alla fine del 5.° mese di gravidanza), riportò un trauma sul ventre. Funzionava allora da capo-fabbrica in un opificio di amianto; le accadde di dover aiutare due operai a sollevare una specie di cassa in ghisa, la quale aveva la forma di un cubo di 60 cm. di lato; il peso del pezzo era di 50-60 kg. Questa cassa doveva essere alzata da terra fino all'altezza delle spalle e fatta entrare in apposita incavatura nel muro come si farebbe dei *tiretti* di un cassettone. I due uomini sostenevano la cassa di ghisa ai lati e la donna nel mezzo; il pezzo era già avvicinato alla incavatura del muro quando scivolò di mano ad uno degli uomini; alla donna non bastarono le forze per sostenerlo, e il pezzo cadde urtandole il ventre. Il peso era tale che, se l'avesse urtata in pieno, forse le avrebbe prodotto lesioni gravi; ma per la posizione eretta della donna, il pezzo scivolò quasi tangenzialmente alla superficie dell'addome senza produrle alcuna lesione visibile. Il colpo fu ricevuto un po' al disopra dell'ombelico e la donna avvertì soltanto un dolore confuso, tale cioè che essa non vi prestò grande attenzione, e continuò senza difficoltà il lavoro. Nemmeno più tardi non accusò alcun disturbo: soltanto notò che in quel giorno e nei due consecutivi mancarono i movimenti attivi del feto, i quali ricomparvero al 3.° giorno. Lavorò fino alla metà di marzo e all'8 di aprile entrò in clinica ove partorì l'11 maggio.

Il parto fu normale. Rottura del sacco amniotico a dilatazione completa del collo; periodo dilatante della durata di un'ora e 55'; periodo espulsivo 5 minuti.

Il bambino, di sesso femminile, è di bella conformazione; pesa 3350 gr. ed è lungo 49 cm. Lo scheletro è di forme regolari, salvochè all'unione del terzo inferiore coi due terzi superiori della gamba destra l'arto è ripiegato ad angolo (dell'ampiezza di 140°), col seno rivolto all'indietro. Il piede è in posizione equino-vara; la pianta del piede guarda allo indietro e si trova quasi sulla direzione della faccia posteriore del tratto inferiore della gamba, ed è rotata leggermente verso

l'interno. L'asse del piede è parallelo all'asse della gamba, ma spostato verso l'esterno per 2 centimetri. L'angolo sopradescritto è formato da una inflessione della tibia dalla forma netta e quasi tagliente, cioè senza irregolarità di callo osseo. Sull'apice di esso vedesi una cicatrice cutanea leggermente rientrante, costituita da una linea finissima, verticale, lunga 11 mm., con numerose pieghettature piccolissime dirette trasversalmente; la cicatrice non è aderente all'osso. Alla palpazione pare di sentire alla estremità inferiore della gamba un tratto di perone che manca totalmente in alto. La tibia è molto assottigliata nel suo margine anteriore che è quasi tagliente, e tanto l'angolo sopra descritto quanto l'osso intiero sono di durezza ossea spiccata.

Il dito piccolo del piede destro è sostituito da un nodo grosso quanto la metà dell'omologo di sinistra, il quale nodo aderisce al metatarso soltanto per un peduncolo sottile, e contiene nel suo spessore due nodicini duri.

Misure.

Dal condilo int. del femore all'apice della frattura	mm.	50
Dall'apice della frattura al malleolo interno . .	»	30
Dal condilo int. del femore al malleolo int. D . .	»	70
» » » » S . .	»	75
Larghezza massima del piede D	»	32
» » » S	»	34
Circonferenza del ginocchio D	»	114
» » S	»	125

Dalle quali misure appare una non grave ipotrofia dell'arto destro in confronto col sinistro, astrazione fatta dall'accorciamento.

Che si tratti di frattura della tibia non c'è ombra di dubbio; l'acutezza dello spigolo e più che tutto la cicatrice cutanea ce ne assicurano completamente. E mi pare anche cosa non dubbia che la frattura sia in nesso causale col trauma riportato. Come siasi formata la cicatrice non è ben certo, sostenendo taluni sia dovuta a sfregamento dello spigolo osseo contro la parete uterina (decubito), mentre altri l'ascrive a vera perforazione della pelle per la fuoruscita d'un frammento. Io mi accosto volentieri a questa seconda opinione, per ciò, che non accade mai di rilevare lesioni cutanee di questo genere in corrispondenza di tratti ossei relativamente acuminati, p. es. delle apofisi spinose delle vertebre sacrali, anche quando il liquido amniotico sia di anormale scarsezza.

Rimane a discutere sulla quasi mancanza del perone e sulla anomala formazione del dito piccolo. Quest' ultima deformazione si spiega agevolmente per l' azione del trauma, il quale avrebbe lussato e forse anche staccato in parte il dito, lasciandovelo aderente soltanto per un breve tratto di parti molli. Ma la mancanza del perone è di più difficile interpretazione, nè io sono in dovere di fornirla. La si potrebbe interpretare tanto come causa (almeno predisponente) della frattura (per la debolezza che verrebbe ad avere la tibia sola), quanto come conseguenza della frattura medesima, per un processo di atrofia che, come colpisce tutto l'arto, può esercitarsi più spiccatamente sull'osso peroneo. Io ritengo più probabile questa seconda ipotesi: qui l' azione del trauma è innegabile, e sarebbe così strana la coincidenza di un fatto raro (trauma sul ventre della gestante) con un altro fatto rarissimo (mancanza congenita del perone) che la mente si ribella ad ammetterla. Forse potrebbe essere questo l' oggetto di uno studio sperimentale. Per ora mi pare soddisfacente l'ipotesi che il perone, che probabilmente esiste allo stato rudimentario, siasi arrestato nello sviluppo, in conseguenza della frattura.

Due parole sulla cura. Il neonato doveva passare all'Ospizio della Infanzia abbandonata; nell' inviarlo colà pensai di farlo esaminare dall'egregio dott. M. Motta, libero docente di ortopedia, per sentire il suo avviso sulla cura opportuna. Egli propose senz'altro la osteotomia e la tenotomia del tendine d'Achille, da eseguirsi al più presto nell' intendimento di evitare un'ulteriore atrofia dell'arto; e per invito degli egregi sanitari dell' ospizio, s' incaricò della operazione. L'osteotomia lineare colla tenotomia (praticata nel 12.° giorno dalla nascita e nella cloronarcosi) diede un risultato soltanto parziale in quanto parziale fu il raddrizzamento. E si noti che l'osso era durissimo e che il callo nuovo si formò rapidissimamente (12 giorni circa). Di più rimase un certo grado di accorciamento dell'arto, benchè si fosse cercato di prevenire questo accorciamento col fare l'osteotomia obliqua. Probabilmente occorrerà una seconda osteotomia per ottenere il raddrizzamento completo dell'arto.

Luglio 1893.

RASSEGNA

E. Doyen. — **324 opérations sur l'utérus et ses annexes.** — *Archives provinciales de Chirurgie*, T. I, N. 6, décembre 1892.

Le operazioni cui si riferisce l'A. furono praticate, 1.° per lesioni infiammatorie dell'utero e degli annessi; 2.° per neoplasmi di questi organi o per gravidanza.

I.

Nella prima parte del lavoro tratta delle lesioni infiammatorie particolarmente dal punto di vista delle suppurazioni pelviche. Un primo capitolo di questa prima parte è consacrato alla storia della questione, la quale è assai incompleta nei pur recenti trattati didattici. Accenna alle prime ricerche di Astruc (1770) e di Lieuteaud sulla propagazione delle flogosi uterine alle ovaie ed alle trombe. Ricorda i lavori di Laënnec, di Breschet, di Guthrie, Dance, Lee, Allard, Andral, Gendrin, Cruveilhier, Velpeau, Duplay, di Mercier, di Grisolle e di Burthon.

Ma la prima interpretazione clinica degli indurimenti infiammatori della piccola pelvi appartiene a Lisfranc, che l'attribuì all'ingorgo uterino. In seguito Nonat, Valleix e Gallard attribuirono al tessuto cellulare periuterino gli indurimenti di Lisfranc fino a che Bernutz e Goupil dimostrarono che le lesioni erano intraperitoneali, e che gli indurimenti altro non erano che pseudomembrane intraperitoneali conglomeranti in una ganga stipata gli organi della piccola pelvi.

Lucas-Championnière metteva (1870) in evidenza l'importanza dei vasi linfatici nella patogenia dei processi peri-uterini, tanto nello stato puerperale, quanto nello stato di vacuità dell'utero — dopo di lui, Guerin, Poirier, Sappey, portando i loro studi sul medesimo argomento danno luogo ad una polemica piuttosto vivace circa la esistenza o meno di gangli speciali. Poirier dà la descrizione completa del sistema linfatico utero-ovarico. (V. *Annali di Ostetr. e Ginec.*, anno 1891, pag. 65).

La patogenia delle ovariti e delle salpingiti suppurate ha dato luogo a grandi controversie. Vi è forse propagazione graduale dalla vagina fino alla mucosa tubarica, oppure si tratta sempre di una infezione per via linfatica? L'ultima pa-

rola su tale argomento non fu ancora pronunciata, e sembra che simultaneamente possano agire i due modi indicati di propagazione.

Prescindendo da alcune operazioni palliative, si può dire che il trattamento chirurgico delle lesioni infiammatorie periuterine data da appena 20 anni. Se Mac Dowel nel Kentucky praticò la prima ovariotomia nel 1809, Hégar e Battey operarono solo nel 1872 le prime ablazioni di ovaie normali. In seguito Lawson Tait, Hegar ed altri cominciarono anche ad esportare delle idrosalpingi, e Martin pure nel 1877 contava già 77 ablazioni di annessi di cui 45 unilaterali. È però a Lawson Tait che si deve il merito di aver volgarizzato le indicazioni della castrazione tubo-ovarica.

Vengono poscia gli atti operativi di Pean compresa la castrazione uterina (1886), ma questa operazione fu applicata al trattamento delle suppurazioni peri-uterine primitive soltanto nel 1888. Nel 1890 poi tenne la sua prima comunicazione sul trattamento delle suppurazioni di origine uterina aventi per sede l'utero e gli annessi, descrivendo dettagliatamente il suo processo di morcellement — comunicazione che diede luogo ad una discussione cui presero parte Terrillon, Terrier, Pozzi, Le-Dentu. Infine abbiamo i risultati di Segond esposti nel recente Congresso di Bruxelles.

L'A. spera di contribuire colla sua pratica personale alla soluzione del problema, e cioè con un numero di 157 osservazioni così classificate: 89 isterectomie vaginali, 60 laparotomie ed 8 casi di incisione inguino-sotto-peritoneali. Prima incomincia con uno sguardo alla eziologia da cui traggono origine le suppurazioni pelviche; l'infezione spontanea o traumatica della mucosa vulvo-vaginale, e vagino-uterina, la blenorragia, il puerperio infezioso, l'endometrite, le infezioni traumatiche per cateterismo o per operazioni non condotte con voluta antisepsi. Ricerche speciali batteriologiche istituite su focolai di salpingite o di ovarite fecero palesi: 1.° lo streptococco piogeno, 2.° il gonococco, 3.° il bacterium coli, lo stafilococco aureo. In un caso il pneumococco di Fraënkel.

Parlando della anatomia patologica di siffatte lesioni si occupa: 1.° della *flogosi del tessuto cellulare pelvico con integrità degli annessi e pelvi-peritonite. Cisti purulente tubo-pelviche, sinfisi pelvica, salpingiti infraligamentarie.* Crede che le cisti purulente sieno originate dalle frangie del padiglione della tuba, e descrive infine una varietà anatomica poco nota della salpingite emorragica o purulenta — ove il peritoneo si comporta come nei casi di cisti del legamento largo. — Si occupa poi del diagnostico e delle indicazioni operatorie, dichiarando che tutte le volte in cui esiste una lesione peri-uterina grave, e in cui il peritoneo pelvico o gli annessi sono sede di tumori infiammatori di data antica, l'intervento chirurgico si impone: 1.° *Svuotamento semplice delle sacche peri-uterine o con incisione vaginale o con puntura con trequarti.* A proposito di quest'ultima l'A. ha

acute parole di critica pel metodo di Laroyenne. 2.° *Estirpazione delle masse infiammatorie.* Questo metodo è messo in atto là dove non si tratta più a tutto rigore di sole raccolte marciose, ma bensì di una vera fusione di tutti gli organi del bacino per aderenze provocate da cisti sierose, ematiche o purulenti. In questi casi due sono le vie da scegliere, la laparotomia o l'isterectomia vaginale. I vantaggi dell'uno e dell'altro processo sono studiati in base ad osservazioni personali. *a*) *Via inguino sottoperitoneale:* 8 casi. — *b*) *Laparotomie:* 60 casi svariatissimi, con 6 decessi, 3 dei quali dovuti a catgut settico — di queste 60 laparotomie, 48 per ablazione bilaterale degli annessi, 12 operazioni incomplete, di cui dà un cenno succinto. — Dà pure ragguagli sopra 13 casi di isteropexi ed altri concernenti gli effetti postumi di donne sottoposte alla castrazione per varie indicazioni. — *c*) *Isterectomia vaginale:* 89 casi, con 4 decessi, procento basso notato che molte delle operazioni furono intraprese in extremis. Sopra 80 castrazioni uterine solo 4 volte non potè asportare in totalità l'utero in ragione della estensione delle aderenze o della gravità dello stato generale. — Conclusioni:

1.° L'incisione semplice dei focolai infiammatori è un eccellente trattamento delle lesioni peri-uterine unilaterali bene localizzate o che non abbiano comunicazioni col retto e colla vescica. L'incisione deve farsi preferibilmente dalla via inguino-sotto-peritoneale. Quanto alla incisione vaginale dice che va praticata col bistori e non alla cieca col trequarti.

2.° La laparotomia è eccellente allorchè la affezione è unilaterale e la cisti è poco o punto aderente; ma essa è inefficace ogni qualvolta anche l'utero è malato per gigantismo, per metrite inveterata, per nevralgie, ecc.

3.° L'isterectomia vaginale per converso è applicabile in tutti i casi, offre un pronostico benigno quanto la laparotomia nei casi semplici, ed è di molto superiore ad essa allorquando vi sono lesioni suppurative con pus assai virulento.

L'A. crede di non dover tener calcolo nei giudizi comparativi delle 2 operazioni, dell'assenza della cicatrice laparotomica ed afferma che data la bilateralità della lesione, dove gli annessi d'ambo i lati devono essere sacrificati, è preferibile, tanto pei risultati prossimi quanto remoti, ricorrere alla castrazione totale per vaginam.

II.

Affezioni neoplastiche degli annessi:

1.° Neoplasmi dell'ovaio. Fatta brevemente la storia della ovariotomia, viene subito ad esporre i risultati della propria pratica, 75 operazioni, di cui 65 ovariotomie, 9 tumori maligni, una gravidanza extrauterina. Le ovariotomie così si suddividono, 62 cisti ovariche, 3 fibromi dell'ovaio, delle cisti 10 erano del legamento, 4 suppurate, tre dermoidi. Espone brevemente alcune particolarità inerenti alla

legatura dei vasi del peduncolo, ed altre complicazioni occorse, quali la torsione del peduncolo, le aderenze coi più svariati visceri, l'ascite, la peritonite, ecc., sopra 64 ebbe 3 decessi, dovuti 2 a peritonite già in atto prima della operazione, la 3.ª a bronco-polmonite doppia. I 9 casi di tumori maligni dei quali taluni con diffusione al peritoneo, tre morte.

III.

Affezioni neoplastiche dell'utero.

Fatta brevemente la storia antica dell'ablazione totale dell'utero che dice essere anteriore alla ovariotomia, parla diffusamente della isterectomia addominale che risale al 1825 per opera di Lizars. Accennato che Kimball fu il primo nel 1855 ad eseguirla di deliberato proposito, fa notare come Koeberle e Pean abbiano legato il proprio nome alla storia della amputazione sopravaginale dell'utero col trattamento extraperitoneale del peduncolo. Ricorda l'operazione di Porro. Entra in particolari circa la legatura elastica, la riduzione del moncone cervicale, ricorda l'operazione di Freund e di Martin, non che il processo di Guermonprez cui non risparmia acerba critica. Czerny nel 1879 riabilita l'isterectomia vaginale; da quell'epoca essa entra nella pratica di molti ginecologi finchè Richelot nel 1885 per deliberato proposito ricorre alla forcipressura come mezzo di emostasi dei legamenti. Pean introduce il *morcellement;* Kraske preconizza il metodo sacrale come via di accesso agli organi pelvici.

Quanto alla isterotomia, cioè a dire incisione semplice dell'utero, non seguita dalla estirpazione dell'organo, fu proposta e ben delineata da Pean che volle sostituire l'istrumento tagliente all'écraseur ed all'ansa galvanica.

Passa alla esposizione delle proprie operazioni.

Isterectomie addominali 47 di cui 5 incomplete, 30 con trattamento esterno del peduncolo; una volta fu ridotto, 11 volte l'ablazione totale. Di questi casi dà interessanti ragguagli. Coll'aiuto di figure molto dimostrative l'A. espone un proprio processo operativo per fare l'ablazione totale dell'utero senza combinarla alla isterectomia vaginale che prolunga ed aggrava nel tempo stesso l'esecuzione; particolarità di questo processo è l'assenza di emostasi preventiva, che dà il vantaggio di far a meno dell'emostasi temporanea col laccio elastico là dove ciò è difficile per gli attacchi profondi del tumore. Non perdè che una sola malata sopra 11 operate con tal metodo, per polmonite in 14.ª giornata.

Isterectomie vaginali 50, 22 per carcinoma, di cui 8 del corpo le altre del collo, 28 per fibromi colle più svariate complicazioni. Dando alcuni ragguagli circa le operazioni nota come la vescica sia stata lesa 3 volte in causa di avanzata infiltrazione cancerina. Nella isterectomia per cancro ebbe 2 morte, l'una per emorragia, l'altra per bronco-polmonite.

I fibromi operati per via vaginale furono per la massima parte voluminosi. Consacra una dettagliata descrizione al suo processo di isterectomia vaginale il quale differisce dai metodi abitualmente impiegati. Afferra il collo con 2 pinze ai suoi due lati, circoncisione della mucosa vaginale colle forbici, apertura dello spazio del Douglas, esplorazione del piccolo bacino, isolamento della vescica. Sezione anteriore mediana dell'utero dal basso all'alto, afferramento progressivo dei bordi di sezione, fino a che l'incisione mediana arriva al fondo, arrovesciando così all'esterno tutto l'utero. Nei casi di uteri voluminosi la sezione mediana anteriore è fatta a V. Alcune figure assai dimostrative esplicano maggiormente i vari momenti o tempi dell'atto operativo, nel quale fino a che l'utero non è fuori della vulva non è praticata emostasi di sorta, che si fa poi colla applicazione di una o di due pinze per lato che vengono levate dopo 48 ore. Descrive il proprio modello di pinze a morso elastico.

Isterotomie 22, la cui tecnica differisce di poco da quella della isterectomia, e pratica il morcellement del tumore. Se però l'utero ha pareti troppo esili, e tali da lasciare dei dubbi sulla involuzione preferisce la isterectomia.

La memoria finisce con un riassunto generale ed un interessante confronto del numero delle operazioni attuali con quelli di altri tempi, della proporzione degli insuccessi e della statistica dell'A. con quelle di altri operatori.

Decio.

Delthil. — **Le qualità e la provenienza del latte — La sterilizzazione e la ricchezza in fosfati.** — *Journal de Médecine de Paris*, N. 7, 1893.

L'A. si eleva contro le conclusioni emesse recentemente in un confronto fatto fra il latte fornito dalle latterie di Parigi e quello proveniente dai dintorni della città, ritenendole troppo assolute.

Da una parte se in città le stalle sono bene tenute, e gli animali sono scelti ed attentamente sorvegliati, dall'altra parte il mantenerli continuamente nella stalla senza esercizi all'aria aperta, è un inconveniente che non può a meno di nuocere alla salute loro e quindi di influire sfavorevolmente sulla qualità del latte.

L'alimentazione degli animali tenuti in stalla è forzata, e poichè manca il disperdimento ossia l'eliminazione che è apportata dall'attività muscolare, così ne risulta bensì una secrezione più abbondante, ma la mineralizzazione del latte è deteriorata, poichè si determina una specie di diabete acquoso-latteo, cioè una quantità forzata a detrimento della qualità.

Come per l'uomo, così per gli animali la vita della campagna è fisiologicamente preferibile alla vita della città.

Il latte si sterilizza coll'ebollizione in vaso aperto o chiuso sotto pressione, ma comunque si proceda, si ottiene il vantaggio che la caseina resta meglio divisa e quindi meglio assimilabile, mentre la ricchezza del prodotto non è diminuita, poichè i sali, particolarmente i fosfati, restano nel latte. L'A. crede che sia partito migliore il ripetere a domicilio la sterilizzazione, anche se già fu fatta sul latte appena munto.

L'A. insiste sull'importanza dei fosfati e specie di quello di calce, ed è d'avviso che si debba sforzarsi d'ottenere la produzione di un latte ricco di questo sale, sia amministrandolo cogli alimenti alle nutrici, che arricchendone il suolo, poichè è nell'infanzia che i fosfati hanno importanza capitale.

Dott. F. Villa.

L. Butte. — **L'urea del sangue nell'eclampsia.** — *Annales de la Policlinique de Paris,* N. 5, 1893.

Dalle analisi praticate in 12 casi risulta che in quelli in cui si ebbe guarigione vi fu costantemente un accumulo d'urea nel sangue, mentre che in quelli terminati colla morte, eccezione fatta di uno in cui l'urea si trovò in grande eccesso, il quantitativo di questa sostanza si allontanava pochissimo dalla media. Questo fatto, in apparenza paradossale, trova la spiegazione nell'importanza che le lesioni epatiche meritano nell'eclampsia. Nei casi mortali le alterazioni del fegato sarebbero tali che la ghiandola non riuscirebbe a formare una quantità d'urea uguale a quella che di norma prepara, di modo che, sebbene il rene ne elimini in piccola proporzione, non si abbia produzione siffatta da trovarne eccesso nel sangue. Nei casi in cui le lesioni epatiche non sono molto intense, ma in cui le alterazioni renali sono capaci di impedire l'eliminazione dei prodotti escrementizii, avremo l'eccesso d'urea nel sangue.

L'A. conchiude attribuendo maggior importanza alle alterazioni epatiche che non alle renali, ed indicando che la guarigione è probabile se l'urea del sangue è in quantità di 2 a 2 1|2 volte maggiore della norma, e che la morte è quasi certa quando si ha una cifra assai vicina alla media normale od invece di 5 a 6 volte maggiore.

Dott. F. Villa.

L. Butte. — **Respirazione placentare allo stato normale e consecutivamente ad emorragia materna.** — *Annales de la Policlinique de Paris,* N. 5, 1893.

Esperimentando su d'una cagna gravida, alla quale tolse 400 cc. di sangue arterioso, ed aperse uno dei corni uterini onde prendere il sangue dalla vena e e di un'arteria ombellicale di un feto, l'A. trovò che il sangue circolando nell'organismo fetale si era caricato di cc. 7. 9 di CO^2 (calcolo procentuale), cosa pressochè normale, ma che invece di perdere dell'ossigeno ne aveva guadagnato. Riesce quindi comprensibile come in seguito ad emorragie materne il feto premuoia alla madre, giacchè questa utilizza per sè l'ossigeno fetale.

Dott. F. Villa.

Queirel. — **Symphyséotomie et embryotomie dans les cas ou le fœtus est mort.** — *Annales de Gyn. et Obst.,* février 1893.

È una lettera scritta al prof. Pinard, in cui l'A. si dichiara partigiano della sinfisiotomia anche nel caso in cui il feto sia morto nell'utero materno, e che siavi indicazione di un atto embriotomico. Crede che colla sinfisiotomia siavi minore pericolo di infezione per la madre. Così si evitano le eventuali rotture d'utero, le contusioni degli strumenti che ripetutamente devono essere introdotti a scopo demolitore.

Espone brevemente due casi coronati da esito felice, in cui il feto si presentava per la spalla con procidenza dell'arto.

Segue la risposta di Pinard, il quale non condivide le idee del discepolo, per lo meno formulate in un modo così assoluto. Crede che allorchè il feto è morto, non si debba pensare ad altro che alla madre, e liberarla di questo corpo divenuto straniero colle minori lesioni possibili; la basiotripsia, se le misure del bacino lo permettono, è una operazione innocua, se l'infezione non sia già in atto, infezione che non può essere ovviata dalla sinfisiotomia; d'altra parte se la ferita sinfisiotomica guarisce in breve tempo, l'integrità dell'organismo materno non è rispettato. In quei casi di restringimento notevole in cui nè la mano nè gli strumenti possono avere un sufficiente passaggio, preferisce l'amputazione cesarea utero-ovarica alla Porro, come quella che toglie le possibili gravidanze ulteriori. Ciò per le presentazioni cefaliche. Nelle presentazioni podaliche bisognerà vedere

se è possibile senza intaccare il bacino stritolare successivamente il podice e poi la testa. In quella di spalla, sezione del tronco e basiotripsia, se le mani possono guidare sicuramente questa operazione. Ricorrerebbe alla sinfisiotomia allo scopo di guadagnare qualche centimetro appunto in una simile contingenza, cioè quando la stenosi fosse tale da rendere l'embriotomia impossibile, o talmente difficile da ridondarne grave danno alla madre.

Decio.

Note di terapia ostetrica e ginecologica.

Il **tasi** o **tasis** *(morrenia brachystephana)* delle asclepiadee, originaria della Repubblica Argentina, sarebbe un medicamento eccellente in tutti i casi nei quali la secrezione lattea tende a diminuire ed anche in quelli in cui si sopprime interamente.

Si prescrive l'infuso di radice (fresca o secca, alla dose di 30 grammi in 200 grammi d'acqua a cucchiai nelle 24 ore), od il decotto dei frutti (grammi 40 in 200 grammi d'acqua pure nelle 24 ore).

Su quindici donne, di cui tre primipare, affette da agalassia, si ebbero undici risultati favorevoli, due risultati dubbiosi e due insuccessi. L'epoca più o meno lontana del parto, non sembrò esercitare influenza sul ritorno più o meno rapido della secrezione lattea.

La **thiosamina** venne usata da Latzko nella cura di 40 donne affette da tumori degli annessi, perimetriti e retroflessioni uterine con fissazione del viscere. Tutte le pazienti, appartenenti alla classe operaia, risentirono ben tosto un miglioramento spiccato e la maggior parte di esse potè ritornare al lavoro. Latzko usò la thiosamina in soluzione al 15 0[0 iniettandone grammi 0,10 a grammi 0,40 sotto la cute.

Le proprietà terapeutica dell'**alumnolo** sono state largamente esperimentate in Germania nelle affezioni chirurgiche e ginecologiche.

Le irrigazioni vaginali al 1[2 o all'1 0[0 si sono mostrate utili nel trattamento della leucorrea, ed i pistilli endouterini al 2. 20 0[0 avrebbero dati buoni risultati nelle endometriti.

Dott. F. Villa.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XV. Settembre 1893. Num. 9.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

LAPAROTOMIE

CONSIDERAZIONI CLINICHE

DEL
Prof. G. CALDERINI

-3 NOV 93

(Continuaz., v. pag. 592).

Gli esiti prossimi delle operazioni sono dimostrati dallo specchio seguente; nel quale sono pure indicati gli esiti remoti, avendo per questo scopo diretta una lettera circolare a tutte le operate:

Numero dello Specchio	Denominazione delle operazioni	Numero delle operaz.	Esito prossimo		Esito remoto
			guar.	morti	
I.	Ovariectomie semplici	26	24	2	Il n. 7 morta nel 1889; 2 non risposero.
II.	Ovariectomie doppie	4	4	—	Una non rispose.
III.	Ovariectomie per tumori solidi	6	5	1	Il n. 4 morta per cancro, i n. 1 e 5 recidiva in sito.
IV.	Laparotomie per tumori solidi e cistici del legamento largo	11	11	—	Il n. 1 morto 6 mesi dopo, le ultime 4 ebbero lunga convalescenza.
V.	Ooforo-salpingectomie	19	18	1	Il n. 11 morta due anni dopo.

Numero dello Specchio	Denominazione della operazione	Numero delle operaz.	Esito prossimo		Esito remoto
			guar.	morti	
VI.	Laparotomie per ematoma, gravidanze extrauterine ed ematoceli	3	3	—	—
VII.	Miomectomie con trattamento esterno del peduncolo . . .	8	7	1	—
VIII.	Miomectomie con trattam. interno del pedunc. con metodo esterno-interno (Fritsch), con metodo conserv. (Martin), con esportazione totale (Martin-Bardenheuer). . . .	12	7	5	—
IX.	Incisioni esploratrici.	14	12	2	Il n. 1 morì 7 mesi dopo, il n. 2 due anni dopo, il n. 4 cinque mesi dopo.
X.	Taglio cesareo e gastrotomie .	8	7	1	—
XI.	Laparotomie in donne incinte .	3	3	—	—
XII.	Ooforo-salpingectomie vaginali.	4	4	—	—
XIII.	Isterectomie totali *per vaginam*	32	30	2	Il n. 7, 8, 9, 15, 19, morte.
XIV.	Isterectomia totale, vagino-addominale (Rydygier)	1	1	—	—
XV.	Tumori desmoidi	1	1	—	—

Da questa tavola risulta una mortalità complessiva del 9.86 0[0 e una mortalità del 8.33 0[0 per le operazioni dei tumori ovarici, specchi I, II, III; di 29.04 0[0 per le miomectomie, specchi VII, VIII, XIV; di 6.25 0[0 per le isterectomie vaginali, specchio XIII.

* * *

Appena terminata l'operazione uso mostrare agli astanti il pezzo anatomico esportato per un primo controllo della diagnosi, quindi posto in soluzione di sublimato corrosivo (2 0[00), viene elencato nel registro dei pezzi anatomici con indicazione del giorno della operazione e del numero annuale della malata. Il pezzo anatomico viene di nuovo presentato a tutta la scolaresca nell'epoca della relazione dell'atto operativo e in seguito conservato nell'alcool; pezzetti del tumore convenientemente induriti e inclusi servono a fare i preparati microscopici per la formola definitiva e il controllo finale della diagnosi.

Espongo ora per sunto l'elenco delle neoplasie che furono esportate (ovvero, nelle incisioni esplorative, de visu constatate):

Delle ovaia: cisti semplici 21, cistomi 15, cisti dermoidi 9, papillomi 3, adenoma maligno 2, sarcoma 1, fibroma 2; del legamento largo: cisti 7; del paraovario 2; tumore solido del legamento largo degli organi rudimentali 1; miomi del legamento largo 1; degenerazioni cistiche parvi cellulari delle ovaia 6, ematoma tubo-ovarico 2, gravidanza extrauterina tubica ematocele 1, gravidanza extrauterina tubo-ovarica ematocele 1, ovaro-salpingite bilaterali 7; degenerazione cistica delle ovaia e salpingiti 3. Dell'utero: utero bicorne, ematometra laterale 1, miomi del corpo 18, linfomiomi 5, fibromiomi 2, miosarcomi 2, sarcoma 2, carcinoma 2, della cervice sarcoma 3, epitelioma 21. Peritonite tubercolare 3, peritonite cronica adesiva 4, sarcoma retroperitoneale diffuso 2. Tumore fibroso del pube e dei tendini dei muscoli retti 1.

Sono degne di nota le seguenti complicazioni: miomi e salpingite, sarcoma ovarico e salpingite, cistovario e mioma, cistovario e salpingite, mioma e cisti del legamento largo, tumori del legamento largo e salpingiti, cisti del legamento largo e cisti semplici con sviluppo entroperitoneale, cisti dermoide e peritonite adesiva, torsione del peduncolo e peritonite, epitelioma e miomi, mioma e sarcoma, epitelioma dell'utero e cistovario, cisti ovariche e cisti dermoidi, fibromioma in un legamento largo e linfomioma nell'altro, gravidanza tubica da un lato e salpingite e ovarite dall'altro lato.

I. OVARIECTOMIE SEMPLICI.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della Operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
1	Col. Ter. v. Gn. a. 59 0-para G. n. 26 (1) Sissa	3|6|1883	Dolori nel ventre e disturbi per la grossezza del tumore.	1. Narcosi col cloroformio colla maschera di Esmark — Spray — Medicazione alla Lister — Soluzioni di ac. fenico — spugne. 2. *Doppia legatura del peduncolo* colla seta fenicata. 3. *Affondamento del peduncolo.* 4. Cucitura delle pareti addom. colla seta fenicata trafiggendole a tutto spess. 5. *Cistoma* dell' ovaio con una grande loggia.	Guarigione. Temp. massima centigradi. La ferita suppu un punto. Uscita dall' isti di 12. 7.
2	St. Giu. a. 30 0-para G. n. 3 Casalmaggiore	6|12|1883	Dolori nel ventre e disturbi per il volume del tumore. 15 paracentesi precedenti a domicilio.	1. V. n. 1 2. Aderenza quasi totale del tumore; rottura e versamento di liq. colloideo nel cavo peritoneale, legatura del peduncolo. 3. V. n. 1. 4. V. n. 1; incisione lunga 30 cent., non fu lavato il cavo peritoneale. 5. *Cistoma* multiloculare dell'ovaio.	† Per peritonit tica nel 3.º gi
3	Mus. Mar. v. Ma. a. 47 1-para G. n. 20 Voghera	17|5|1884	Dolori nel ventre.	1. V. n. 1. 2. V. n. 1; tumore di media grossezza; 3 litri di liquido sieroso. 3. V. n. 1. 4. V. n. 1; incisione lunga 10 cent. 5. *Cistovario* semplice.	Guarigione. T. mass. 38. 5 c Unione della fer *primam.* Uscita 7. 6.
4	Qu. Mar. v. Pig. a. 66 12-para G. n. 7 Parma	22|12|1885	Dolori nel ventre.	1. V. n. 1. 2. V. n. 1; tumore voluminoso. 3. V. n. 1. 4. Cucitura colla seta fenicata mediante gli aghi retti di Hagedorn strato per strato; incisione lunga 15 cent. 5. *Cisti* semplice dell'ovario destro.	Guarigione. T. mass. 38. 2 c Unione per *pri* Uscita 2. 2. 18
5	Bar. Cl. in Mat. a. 30 6-para G. n. 21 Scandiano (Reggio E.)	12|2|1886	Dolori nel ventre.	1. V. n. 1. 2 Idem. 3. Idem. 4. Prolungamento della incisione fin sopra l'ombelico; cucitura come nel caso n. 4. 5. *Cisti semplice* voluminosa e poco tesa dell'ovario sinistro.	Guarigione. T. mass. 37. 6 c Adesione per *p* Uscita 15. 3.
6	Br. Mar. in Son. a. 56 7-para G. n. 35 Parma	22|4|1886	Metrorragie per incuneamento del tumore nello spazio del Douglas.	1. V. n. 1. — Senza Spray. 2. Idem. 3. Idem. 4. Come nel caso n. 4; incisione lunga 10 cent. 5. *Cistoma* dell'ovario destro grosso come un grosso arancio. Pezzo anat. n. 125.	Guarigione. T. mass. 37. 7 c Unione per *pri* Uscita 16. 5.
7	Col. An. v. Med. a 61 4-para G. n. 81 Golese	16|10|1886	Dolori nel ventre.	1. V. n. 1 — Senza Spray. 2. Idem. 3. Idem. 4. Come nel caso n. 4; incisione lunga 10 cent. 5. *Cisti semplice* dell'ovario destro aderente all'omento e all'intestino. Pezzo anatomico n. 126.	Guarigione. T. mass. 38. ce Unione per *pri* Uscita 10. 11.

(1) Numero d'ordine dell'anno nel Comparto di Ginecologia.

Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
Mos. Rom. a. 21 0-para G. n. 6 Suzzara (Mantova)	22|11|1886	Dolori nel ventre.	1. Vedi n. 1 — Senza Spray. 2. Idem. 3. Idem. 4. Incisione lunga 7 cent., la cucitura come nel caso 4. 5. *Cisti dermoide* sinistra dell' ovario; grossa come una testa di adulto; aderenze; contenente poltiglia grigia; ciocca di capelli nella parete.	Guarigione. T. mass. 37. 8 centigr. Unione per *primam.* Uscita 11. 12.
Fin. Clem. a. 46 0-para G. n. 17 Parma	20|1|1887	Dolori e volume del ventre.	1. V. n. 1 — Spray prima dell' operazione. 2. Idem. 3. Idem. 4. Incisione lunga 10 cent., cucita come nel caso n. 2. 5. *Cistoma multiloculare* dell'ovaio destro grosso come un utero gravido di 8 mesi.	Guarigione. T. mass. 38. 2 centigr. Unione per *primam.* Uscita 20. 2.
Stor. Brig. a. 20 0-para G. n. 28 Suzzara (Mantova)	8|3|1887	Attacchi di peritonite.	1. V. n. 1 — Spray prima della operazione. 2. Idem. 3. Idem. 4. Incisione lunga 7 cent., cucita come nel caso n. 4. 5. *Cistoma* dell' ovaio destro molto aderente. 181.	Guarigione. T. mass. 37. 6 centigr. Unione per *primam.* Uscita 30. 3.
ic. Est. in Gel. a. 29 2-para G. n. 3 Colorno	24|11|1887	Fenomeni peritoneali e simili a quelli di volvolo durante l'ultima gravidanza per torsione del peduncolo. Tema della ripetizione dei fenomeni stessi in una nuova gravidanza.	1. V. n. 1 — Spray prima dell'operazione. 2. V. n. 1 — Aderenze omentali molto vascolarizzate, si versò liq. grassoso nel cavo peritoneale. 3. V. n. 1 — Lavatura del peritoneo con soluzione di acido salicilico (0,30 0[0) per far uscire il liq. grassoso sparso nel medesimo. 4. V. n. 1 — Incisione lunga 10 cent. 5. *Cisti dermoide* grossa come una testa di adulto ripiena di un gomitolo di capelli lunghi castani e di liq. grassoso. La parete in un punto verso il peduncolo mostrava tutti i caratteri della cute e conteneva sostanza ossea. Era situata alla destra dell'utero.	Guarigione. T. mass. 37. 8 centigr. Unione della ferita *per primam.* Uscita 17. 12.
March, Ad. in Fer. 1-para G. n. 53 Medesano	12|5|1889	Dolori.	1. V. n. 1, colla differenza che il ventre fu lavato coll'etere, alle spugne si sostituirono batuffoli di cotone al sublimato avvolti in garza idrofila — Senza Spray. 2. Legatura del peduncolo con seta in due parti e sopracucitura per coprire il moncone cogli orli peritoneali; e causticazione coll'ac. fenico al 10 0[0. 3. V. n. 1. 4. Come nel caso n. 4, incisione lunga 12 cent. 5. *Cisti dermoide.* 299.	Guarigione. Temp. mass. 37. 7. Alcuni tragitti di filo suppurarono; alla prima medicazione si trovò sull'addome un eritema bolloso. Uscita 9. 6.
ab. Am. n. Dos. a. 37 2-para G. 86 Trecasali	5|9|1889	Dolori.	1. 2. Come nel caso n. 12. 3. V. n. 1. 4. Come nel caso n. 12. 5. *Cistoma ovarico* aderente *per torsione del peduncolo.* 313.	Guarigione. Temp. mass. 37. 8 nella sera della operazione. Riunione per *primam* eccettuato in un punto. Uscita 6. 10.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
14	Ronc. Gius. a. 34 0-para G. 10 Vicofertile	21|11|1889	Dolori.	1. 2. 3. 4. Come nel caso n. 12, incisione lunga 9 cent. 5. Cisti semplice dell' ovaio sinistro a lungo peduncolo; il destro fu lasciato perchè sano. Dopo l'operazione comparvero i mestrui. 344.	Guarigione. Temp. mass. 37. Guarigione della sione per *prima* Uscita 13. 12.
15	Verd. Mar. v. Gab. a. 45 5-para G. 67 Parma	4|6|1891	Dolori.	1. Come nel caso n. 12. 2. 3. Idem con seta di Firenze. 4. Come nel caso n. 4, incisione lunga 9 centim.; furono trovate aderenze omentali e intestinali e versamento libero nel cavo peritoneale. Il contenuto del tumore era color caffè. 5. Cisti dell' ovaio di sinistra, aderente all'utero, all'omento e alle intestina *per torsione del peduncolo.* 411.	Guarigione. Temp. mass. 38, ra del secondo gi Adesione per *pri* Uscita 27. 6. 189
16	Gaz. Ad. a. 14 0-para G. 103 St. Secondo	13|8|1891	Dolori e volume del ventre simulante una gestazione.	I. Come nel caso n. 12 — Narcosi coll'apparecchio di Junker. 2. 3. Come nel caso n. 12, seta di Firenze. 4. Come nel caso n. 4, incisione lunga 8 cent. Lavatura del cavo peritoneale salicilica. 5. Cistoma ovarico sinistro con *torsione del peduncolo,* versamento liquido nel cavo peritoneale e aderenze. 420.	Guarigione. T. mass. 38. 2, la della operazione Adesione per *pri* Uscita 30. 8. 189
17	Giol. Cat. v. Don. a. 56 5-para G. 125 Roccabianca	6|11|1891	Dolori e vomiti.	1. Come nel caso n. 12 — Cloroformio Duncan — Apparecchio di Junker. 2. 3. Come nel caso n. 12, la puntura della cisti diede esito ad una quantità di liquido giallo untuoso e dopo di che si affacciò un gomitolo di peli. Affondamento del peduncolo. 4. V. n. 4 — Incisione lunga 8 cent. Toelette peritoneale. 5. Cisti dermoide dell' ovaio sinistro; aderente, avente in alcuni punti della parete caratteri di pelle in altri pezzi ossei e dentro peli lunghi liberi e grasso libero. 430.	Guarigione. Temp. mass. 38, ra del terzo gi Tolti i fili nell' giorno, guarigio *primam.* Uscita 29. 11. 1
18	Lar. An. v. Br. a. 70 4-para G. 2 Parma	10|11|1891	Dolori e disturbi di evacuazioni e di urinazioni.	1. Narcosi coll'appar. di Junker e cloroformio Merk. 2. 3. Come nel caso n. 12. 4. Affondato il peduncolo, incisione lunga 8 cent. Furono distaccate molte aderenze; il peduncolo era formato dal legamento largo destro; si legò pure la tuba sinistra che aderiva al tumore e si incise fra due legature. Lavatura del peritoneo. 5. Cisti dermoide contenente grasso in forma granulare, e capelli; corrispondente all'ovaio destro e molto aderente al peritoneo pelvico. 431.	Decesso nel giorno, con fer di colasso per nite. Non fu t l' ovaia sinistr bone non sia esportata. Era terati il cuore gato; il per aveva nel bacin duto sangue da cerazioni state per distacco de sti. Non fu u drenaggio nell suasione che la tura del peritor stasse e non a avvertita emo prima della ch della inc. addo

Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
Ped. Sev. in Bat. a. 34 3-para G. 134 Parma	27|10|1892	Dolori da peritonite adesiva.	1. Narcosi cloroformica; Batuffoli di cotone e garza sterilizzati a 150°. Soluzioni fatte con acqua sterilizzata colla ebollizione; sostituiti i pannilini bolliti nella soluz. di soda da pezze di garza sterilizz. al calore secco di 150. 2. 3. Legatura del peduncolo con seta e affondamento del peduncolo che era *più volte contorto*. 4. Incisione lunga 7, 8 cent. prolungata poi, aderenze omentali e parietali. Drenaggio dopo lavatura del cavo peritoneale con soluzione salicilica. 5. Cistoma ovarico dell' ovaio sinistro con degenerazione colloidea e aderente per *torsione* del peduncolo, pesante oltre 2 Kilogr. 505.	Guarigione. T. mass. 38.4 alla sera del 2.° giorno; 38. 2 nella sera del 4.°, 37. 6 la sera del 5.° giorno. Nel 2.° giorno si toglie il drenaggio che funzionò assai bene. Tolti i fili nel giorno 8.° Adesione per *primam*. Prima operata di laparotomia dopo il decesso del n. 9, tav. IX e n. 17, tav. VI, e dopo le disinfezioni opportune e colle modificaz. indicate col segno 1.
Dav. Ros. nubile a. 38 0-para G. 135 S. Andrea Busseto	28|10|1892	Enorme distenzione del ventre; edema alle estremità, affanno di resp. Marasmo. A dì 4. 10. 1892 fu fatta una puntura col trequarti per diminuire la tensione e si estrasse un liquido bruno filante; le condizioni della ammalata migliorarono.	1. Come nel n. 19. 2. 3. Legatura del peduncolo in due e affondamento. Si dovette staccare colle dita tutto l' enorme tumore dalle pareti addominali e dall'omento e dai visceri, sanguinamento, coaguli. Lavatura del peritoneo con soluzione salicilica; drenaggio. 4. Incisione lunga 8 cent. prolungata; cadde sulla vescica aderente tirata in alto. Cucitura della incisione vescicale compresa ancora nella cucitura della incisione addominale. 5. Cisti semplice dell'ovaio destro a pareti coriacee, aderenti a contenuto marcioso; 20 cent. di diametro. 506.	Guarigione. Temp. mass. 38. 5 nel mattino del secondo giorno; 37. 9 la sera del secondo, 37. 5 la sera del terzo. Tolto il drenaggio nel secondo giorno avendo funzionato assai bene. Catetere in permanenza per tre dì. Tolti i fili nel giorno ottavo; adesione per *primam*.
Roi L. n. V. a. 45 4-para G. 9 Spezia	2|12|1892	Dolori tali che condussero la paziente all'abuso di morfina, disturbi funzionali e deperimento progressivo. Ipertrofia e dilatazione cardiaca.	1. Come nel caso n. 19. 2. 3. 4. Incisione da poco sopra il pube fino all'ombelico prolungato poi. Distacco di aderenze, puntura del tumore con fuori uscita di liquido giallo grassoso e masse di peli; distacco dell'utero dalla cisti perchè quello si affondasse e questa uscisse. Esportazione della parte maggiore della cisti, lasciata la parte che si affondava nello spazio del Douglas e che era intimamente legata alle intestina. Cucitura degli orli con ripiegamenti come borsa di tabacco al 1|3 inf. della incisione addominale. Toelette. Drenaggio. Solita medicazione. 5. Cisti dermoide a pareti coriacee con grasso liq. e peli. 523.	Guarigione. Decorso apiretico, fuorchè dal 4.°-9.° giorno. L'asciò l' istituto a dì 26. 1. 1893, ancora avendo un infundibolo curato sempre col drenaggio di garza. Chiusura completa sui primi di marzo. Riaperta più tardi con esito di liq. chiaro.
orn. Ga. in Bus. a. 63 13-para G. 14	15|12|1892	Dolori. Emorragie. Disturbi funzionali	1. Come nel caso n. 19. 2. 3. Idem, il peduncolo era più volte contorto da destra a sinistra, dall' avanti all' indietro (ovaio destro) fu difficile scoprire il peduncolo. 4. Come nel caso n. 19. Lavatura del peritoneo con soluzione salicilica; cucitura completa, ovaio sinistro normale perciò lasciato in sito. 5. Cisti dermoide con ecchimosi per torsione del peduncolo e contenuto grassoso liquido sanguinolento; e nelle pareti due denti con relativo pezzo osseo (incisivi?); dentro vi erano peli; col tumore, fu portata via anche la tuba destra. 526.	Guarigione. Decorso apiretico. Temp. mass. 37. 5. Uscita a dì 12. 1. 1893.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
23	Dao. Ma. in So. a. 32 4-para G. 55 Monteggiana	14|3|1893	Dolori e volume del tumore. Fu operata 4 anni innanzi da un collega di tumore ovarico dell' ovaio destro ed ebbe in seguito un ascesso pelvico che fu aperto in corrispondenza della piega inguinale di destra.	1. Come nel caso n. 19. 2. 3. 4. Incisione lunga 7 cent. parallela colla antica. Distaccate aderenze omentali e aderenze del tumore col peritoneo del Douglas si legò il peduncolo esportando parte di tuba e del legamento largo sinistro essendosi il tumore portato a destra dietro l'utero. Cucitura della incisione come al solito dopo aver affondato il moncone, a destra non fu trovato l'ovaio nè residui di parametrite. 5. Cistoma ovarico grande quanto la testa di un uomo proveniente dall'ovaio sinistro; aderente. La superficie interna è tappezzata da una quantità di cisti minori. 559.	Guarigione. Temp. mass. 38. Esce 9. 4. 1893. Ebbe poche goc sangue dai g pochi giorni do perazione.
24	Fr. Or. Ro. in Vig. a. 42 9-para G. 83 Lesignano Bagni	27|4|1893	Dolori, fenomeni isterici.	1. Come nel caso n. 19. Cloroformio Duncan. 3. 3. 4. Incisione lunga 10 centimetri. Tirato su il tumore grosso come un piccolo pugno, distaccandolo dal cavo del Douglas, fu trafitto il peduncolo con ago a manico fisso e doppio filo di seta. Legatura in due e affondamento, ovaio destro sano. 5. Cistovario semplice dell' ovaio sin.; il peduncolo fu fatto col legamento largo. Venne via la cisti intiera e un po' di tuba. 575.	Guarigione. Decorso apiretic Esce 21. 5.
25	Cl. Car. n. Fr. a. 49 5-para G. 85 Borgo S. Donnino	11|5|1893	Dolori, fenomeni isterici, metrorragie. Retroversione dell' utero riducibile.	1. 2. 3. 4. 5. Come nel caso precedente colla differenza che il tumore era libero, mobile. 579.	Guarigione. Temp. mass. 38 dodicesimo gio Esce 8. 6.
26	Rast. Ma. a. 31 0-para G. 102 Roccabianca	26|5|1893	Accrescimento del tumore e dolori.	1. Come sopra. 2. 3. 4. Incisione lunga 10 cent. Puntura di una grande loggia con esito di liquido colloideo giallognolo. Altra puntura di altra loggia con esito di liq. scuro pure colloideo. Dilacerazione di cisti interne colla mano per diminuire il volume del tumore. Quando fu estratto era ancora voluminoso, quanto una testa di adulto. Era dell'ovaio sinistro. Legatura con seta in due ed amputazione del tumore. Esportato pure l'ovaio destro perchè aveva due cisti grosse come uova di piccione. Il laccio sinistro lasciò sfuggire un tratto del legamento largo; si fece una cucitura a filzetta. Toelette peritoneale e cucitura come al solito. 5. Cistoma ovarico con piccole e grandi loggie non aderente. Cisti semplici dell'ovaio destro. 584.	Guarigione. Temp. mass. 37 terzo giorno. Esce 13. 6.

II. OVARIECTOMIE DOPPIE.

Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
Lev. Er. in Ga. a 26 0-para G. n. 17	5|3|1885	Dolori del ventre.	1. Narcosi col cloroformio mediante la maschera di Esmark — Spray — Medicazione alla Lister — Soluzione di acido fenico — Spugne. 2. *Doppia legatura del peduncolo* collo seta fenicata. 3. *Affondamento del peduncolo.* 4. Incisione lunga 10 centimetri e cucitura delle pareti colla seta fenicata trafiggendole a tutto spessore. 5. *Cistomi ovarici.* Il più voluminoso, il sinistro era aderente all'omento e al peritoneo parietale e al peritoneo pelvico (legature col catgut e uso del termo-cauterio di Paquelin). L'ovario destro era nella pelvi grosso come un uovo di gallina, fu esportato colla tuba corrispondente.	Guarigione. T. mass. 38. 7 centigr. Unione per *primam.* Fenomeni isterici. Uscita 3. 5. Riveduta 18. 9, grassa, allegra, con modi virili; parametrii liberi, utero grosso come il dito mignolo.
Ma. Dal. a. 37 1-para G. n. 67	24|8|1886	Disturbi addominali.	1. V. n. 1 — Senza Spray. 2. Idem. 3. Idem. 4. Come nel caso n. 4 della tav. I, incisione lunga 10 cent. 5. *Cisti semplici ovariche.* Il tumore sinistro più grande era molto aderente; il destro più piccolo, situato nello scavo era pure aderente; questo fu sollevato colle dita dell'aiuto portate in vagina; la cisti si ruppe e si lavò il peritoneo con soluzione di acido salicilico 0,35 p. 0|0.	Guarigione. T. mass. 38. 1 centigr. Unione per *primam.* Fenomeni isterici. Uscita 7. 9.
Mat. Fil. a. 28 0-para G n. 68 Parma	10|10|1886	Dolori nel ventre e febbre.	1. V. n. 1 — Senza Spray. 2. Idem. 3. Idem. 4. Come nel caso n. 2, incisione prolungata fin sopra l'ombelico. 5. *Cistomi* ovarici. Aderenze del tumore più voluminoso, il sinistro, coll'omento e col peritoneo pelvico; aderenze pure del tumore destro, grosso come un arancio, situato nello scavo e sollevato colle dita dell'aiuto portate in vagina.	Guarigione. T. mass. 38 centigr. Turbe nervose, diarrea, vomito, polso mass. 108. Unione per *primam.* Uscita 31. 10.
Fos. Ad. in For. 0-para G. 96 Parma	8|7|1892	Volume del ventre peso, dolori, fenomeni peritoneali.	1. Narcosi col cloroformio e colla maschera e coll' apparecchio Junker, il resto come nel caso n. 12 della tavola precedente. 2. Doppia legatura del peduncolo del tumore ovarico cistico di destra; enucleazione del rivestimento interno della ciste dermoide di sinistra. 3. Affondamento del peduncolo di destra, drenaggio di vetro della saccoccia di connettivo molto vascolarizzato di sinistra i cui orli furono vincolati col peritoneo parietale della incisione. 4. Da sopra il pube all'ombelico la in-	Guarigione. T., mass. 37. 7 nel secondo giorno. Tolto il drenaggio nel 4.° giorno nella seconda medicazione. Guarig. per seconda. Uscita 17. 8. 92.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazione della operazione	Particolarità della operazione	Esito
				cisione fu poi prolungata sopra l'ombelico. Il tumore di sinistra più grosso di colore rosso vinoso era molto aderente; staccate e legate la maggior parte fu punta, uscì una materia grassosa gialla, essendo il tumore sessile fu scuoiato il rivestimento interno. Il tumore destro più piccolo cistico pure aderente fu estratto intiero. 5. *Cisti* semplice dell'ovaio destro. *Cisti* dermoide di sinistra l'uno e l'altro tumore aderenti per peritonite adesiva; non fu trovato l'ovaio sinistro. 487.	

III. OVARIECTOMIE PER TUMORI SOLIDI.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazione della operazione	Particolarità della operazione	Esito
1	Zil. Ros. in Dav. a. 44 7-para G. n. 49 e 61 (1884-85) Guastalla (Reggio E.)	5|11|1885	Dolori nel ventre e metrorragie, metrite parenchimatosa e ipertrofia circolare del collo con erosione.	Fu curata precedentemente 2 volte. col *raschiamento* della mucosa dell'utero e colla *amputaz.* del collo dell'utero. 1. Narcosi cloroformica mediante la maschera di Esmark — Spray — Medicazione alla Lister — Soluzione di acido fenico — Spugne. 2. Doppia legatura del peduncolo con seta fenicata n. 5. 3. *Affondamento* del peduncolo. 4. Sutura della incisione, lunga 10 cent., cogli aghi retti di Hagedorn strato per strato. 5. *Papilloma* dell'ovario destro voluminoso come una testa di adulto. 103.	Guarigione. T. mass. 39. 2 c Unione per *prim* Uscita 30. 9. Ancora viva ne
2	Con. Pal. in Don. a. 27 0-para G. n. 16 Luzzara (Mantova)	24|1|1886	Dolori nel ventre. Amennorea, peso e volume del tumore.	1. V. n. 1. 2. Idem. 3. Idem. 4. Idem; incisione prolungata a 2 traversi di dito sopra l'ombelico: uscirono 6 litri di liquido sieroso dal cavo peritoneale. 5. *Mioma* dell'ovario destro: molto aderente al peritoneo parietale, solido, pesante gr. 2800, fu estratto con un cavatappi. 114.	Guarigione. T. mass. 38. 2 c Adesione per *p* Si aprì più ta piccolo foro ne rita e guarì. Uscita 28. 2. Tornarono i me Nel giorno 15. 5 partorì un fet mine vivo: danza, parto e perio normali.
3	Res. An. a. 29 0-para G. 113 Parma	18|9|1890	Dolori.	1. Narcosi cloroformica. Disinfezione del ventre coll'etere, batuffoli di cotone di garza invece di spugne — Senza Spray — Medicazione con garza al jodoformio, cotone e guttaperca.	Guarigione. T. mass. 39, ad per *primam.* Eritema cutan ventre. Nel

Nome, età ?-para Domicilio	Dala della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
			2. 3. 4. Come nel caso n. 1, fu esportato anche l'ovaio colla tuba di destra per una cisti piccola ovarica e una paraovarica; nel peritoneo vi era versamento siero sanguinolento. Lavatura con soluzione salicilica. 5. Tumore solido dell'ovaio sinistro lejomioma? 376.	giorno comparvero i mestrui e diarrea. Uscita 9. 10.
iu. Gr. n. Fr. a. 40 0-para G. 1 Noceto	5|11|1891	Dolori e due attacchi di peritonite.	1. Narcosi coll' apparecchio di Junker e col cloroformio Duncan. Disinfezione col sublimato e soluzione alcoolica eterea di jodoformio. Batuffoli di cotone avvolti nella garza, medicazione con garza, cotone e guttaperca e fascia di lana. 2. Doppia legatura con seta. 3. Affondamento del peduncolo; il tumore dell'ovaio sinistro era addossato all' utero per torsione del peduncolo e peritonite adesiva, a destra la tuba era idropica e aderente, con essa fu pure portato via l'ovaio destro. 4. Come nel caso n. 1. 5. Tumore avente la tessitura istologica di un *mioma* aderente al bordo libero dell'ovaio sinistro, idrosalpingite aderente della tuba destra. 429.	Guarigione. Temp. mass. 37, 8 nei primi quattro giorni, a 40 nei 5.° giorno per suppurazione della incisione addominale. Esce 31. 12. con guarita la incisione, ma con una sofferenza nella regione epigastrica.
c. Giu. in Cam. a. 47 4-para G. 10 Sorbolo	17|12|1891	Dolori.	1. Come nel caso precedente. 2. 3. 4. Riescì difficile staccare l'ovaio sinistro aderente al fianco sinistro dell' utero e il destro aderente alla faccia posteriore e con difficoltà fu fatto il laccio nella parte ancora sana della tuba rasente all' utero; la superficie uterina rimase sanguinante, fu lavato il cavo peritoneale con soluzione salicilica perchè si ruppe una ciste. 5. Tumori in parte solidi in parte cistici delle ovaia, la parte solida sembra in sezione ad un cervelletto (cancro dell' ovaio). La neoplasia esisteva pure nei padiglioni delle tube. 437.	Guarigione. T. mass. 38, la sera del primo e del terzo giorno. Uscita 20. 1. 1892. Fu constatata più tardi recidiva; che era preveduta.
Piol. Ors. in Fan. a. 49 2-para G. n. 138 Torrile	17|8|1893	Dolori e rapido accrescimento del tumore.	1. V. n. 4. 2. 3. 4. Aperto il ventre uscì liquido citrino e apparvero parecchi tumori figliazioni di uno principale, due gemmazioni si staccarono senza notevole sanguinamento. Il tumore principale era dell'ovaio destro, fatto peduncolo del legamento largo destro si esportò. Si esportò pure l'ovaio di sinistra degenerato cisticamente. Lavatura peritoneale salicilica. Drenaggio. 5. Papilloma dell'ovaio destro e cistoma del sinistro. Peritonite. 595.	Decesso a dì 21. 8 con fenomeni di peritonite. Temp. mass. 38. 5.

IV. LAPAROTOMIE PER CISTI E TUMORI SOLIDI DEL LEGAMENTO LAR

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
1	Er. Zat. in Br. a. 45 1-para G. n. 13 Colorno	7|2|1885	Dolori nel ventre.	1. Narcosi col cloroformio mediante la maschera di Esmarck — Spray — Medicazione alla Lister — Soluzioni di acido fenico — Spugne. 3. Affondamento del peduncolo. 4. Cucitura delle pareti addominali colla seta fenicata trafiggendole a tutto spessore. Incisione lunga 13 cent. 5. *Cistovario* sviluppato nel legamento largo sotto alla tuba, grosso come testa di adulto.	Guarigione T. mass. 39. 3 ce Un solo punto su nella ferita ac nale. Uscita 1. 4. † di peritonite 6 dopo a casa; n fatta autopsia.
2	Fil. Fab. in Zerb. a. 45 0-para G. n. 16 Suzzara (Mantova)	14|1|1887	Dolore e volume nel ventre.	1. Narcosi cloroformica mediante la maschera di Esmark — Medicazione alla Lister — Soluzione di ac. fenico — Spugne. Lo Spray usato prima della operazione. 2. Doppia legatura del peduncolo colla seta, fatto coi residui della tonaca vascolare del tumore. 3. Affondamento del peduncolo. 4. Cucitura della ferita addominale a strati e colla seta mediante gli aghi di Hagedorn. Lunghezza 7-8 cent. 5. *Cisti* molto voluminosa del legamento largo sinistro a contenuto limpido. Fu staccato prima il peritoneo dalla tonaca vascolare, poi da questa staccata internamente la parete propria della ciste, quindi fatto peduncolo colla tonaca vascolare. Il peritoneo parietale, non legato col tumore, fu aperto per breve tratto in corrispondenza dell'angolo superiore della ferita addominale.	Guarigione. T. mass. 37. 5 ce Adesione per *pr* Uscita 7. 2.
3	Cas. Ter. in Pret. a. 26 1-para G. n. 71 Noceto	29|11|1888	Dolori.	1. 2. 3. 4. Come nel caso n. 2 — Senza Spray. 5. *Cisti* del paraovario destro grossa come una testa di feto a termine, di pareti molto sottili, contenuto liquido tenue e di colore citrino; la parete della cisti consta di due strati, uno esterno vascolarizzato, uno interno perlaceo; questo venne separato dal primo colle dita e tolto completamente; il peduncolo, viene fatto colla sola tonaca esterna e viene insieme esportato l'ovario e grande parte della tuba destra — Ovario e tuba di sinistra normali.	Guarigione. T. mass. 38. 5 c una sol volta al del 3.º dì; 1 del 1.º e del 2. no 37. 8. Uscita 23. 12.
4	Par. Ros. in Sca. 9-para G. 81 Fontanellato	6|8|1889	Dolori.	1. Narcosi cloroformica colla maschera di Esmark — Batuffoli di cotone al sublimato a vece di spugne — Medicazione alla Lister. 2. 3. Resezione della maggior parte delle pareti della cisti e cucitura del rimanente colla parte inferiore della incisione addominale. *Drenaggio di vetro.* 4. Cucitura del rimanente della incisione addominale cogli aghi di Hagedorn. 5. Cisti intralegamentosa di sinistra. 308.	Guarigione. T. mass. 37. 6. Saldatura per p della ferita c rapida chiusu cavo della cist Uscita 21. 9.

Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
Giuf. Car. in Salt. a. 40 0-para G. 109 St. Andrea	8|9|1890	Dolori e volume del tumore.	1. Ut supra. 2. Puntura del tumore con fuoriuscita di liq. incoloro limpido, il peduncolo è fatto dallo stesso legamento largo; si trafigge il legam. utero-ovarico e si lega e si esporta il tumore, e buona parte del legam. largo e della tuba. 3. Affondamento del peduncolo cucito a sopragitto. 4. Incisione lunga 10 cent. cucita cogli aghi di Hagedorn, lunga 8 cent. 5. Cisti semplice del legamento largo destro con sollevamento e allungamento della tuba. Fu pure *esportato l'ovaio colla tuba di sinistra* perchè la tuba aderente e il corpo dell'utero presentava un mioma sottoperitoneale grosso come una piccola noce. 375.	Guarigione. T. mass. 37. 7. Saldatura per *primam*. La donna era mestruante quando fu operata. Fu trovata matura una vescicola di Graaf nell'ovaio di sinistra e si scopre nel centro della vescicola un piccolo pertugio. Le mestruazioni cessarono tre giorni dopo della operazione. Uscita 1. 10.
Fer. Dir. a. 19 0-para G. 27 Parma	1|2|1891	Convulsioni isteriche.	1. Come nel caso n. 4. 2. 3. Come nel caso n. 1, il tumore era nel legamento largo di destra sotto alla tuba, fu esportato l'ovaio destro e gran parte della tuba corrispondente e il peduncolo fu fatto nel legamento largo e insieme colla tuba e il legamento utero-ovarico. 4. Come nel caso n. 1, incisione lunga 8 cent. 5. Cisti del parovario grosso quanto la testa di un feto a termine a contenuto limpidissimo. La fimbria tuboovarica del padiglione è notevolmente allungata. 390.	Guarigione. Temp. mass. 38 la sera del secondo giorno. Adesione della incisione addominale per *primam*. Non ebbe più accessi convulsivi. Uscita 28. 2.
Ut. Ros. in Ma. a. 26 0-para G. 23 Parma	7|2|1893	Dolori, a volte febbre, metrorragie dimagrimento.	1 Narcosi cloroformica coll'ap. di Junker; il resto come nel caso n. 4. 2. 3. Puntura di due cisti semplici del legamento largo e legatura del loro attacco al legamento. Quindi incisione del legamento largo di destra ed enucleazione di un tumore solido annidato dentro il medesimo, legando due fasci di congiunzione uno coll'utero uno colla plica infundibulo pelvica. 4. Fissati gli orli della breccia del legamento largo col terzo inferiore della incisione addominale e drenaggio; il resto come nel caso n. 1. Incisione da poco sopra al pube e sopra l'ombelico. 5. Tumore solido grosso come ovo di tacchino e avente l'aspetto di una ghiandula cancerosa. E due cisti semplici. 343.	Guarigione stentata. T. mass. 37. 2 la mattina del 3.° giorno. Ebbe fenomeni di colasso, si fecero tre ipodermoclisi di acq. salata soluz. normale, a dì 9, tolto il drenaggio. 7. 5. la malata esce avendo ancora un piccolo foro fistoloso nella parte bassa della ferita e sempre in condizioni generali poco buone. Il foro si chiuse spontaneamente.
s. Gu. in Ma. a. 43 7-para G. 34 Parma	17|2|1893	Dolori, dimagrimento progressivo.	1. Come nel caso n. 7. 2. 3. Staccate aderenze omentali e intestinali; fu staccata e legata la tuba di sinistra dilatata. A destra si scavò di sotto al legamento largo un tumore cistico sulle cui pareti vi era la tuba allungata, ingrossata e piena di liquido purulento; si posero dei lacci verso l'utero e altri verso la piega infundibulo pelvica. 4. Lavatura del cavo del Douglas e del cavo del legamento largo, fissati gli	Guarigione stentata. Temp. mass. 37. 5 a dì 19, tolto il tubo o drenaggio a dì 14. 4., dalla parte inferiore della incisione che stentava a rimarginarsi uscirono gaz, poi materie fecali. Più tardi chiusura. Esce 10. 6.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
				orli della sacca al terzo inferiore della incisione addominale. Drenaggio di vetro. Incisione da poco sopra al pube all'ombelico. 5. Tumore cistico del legamento largo formato assai probabilmente da organi rudimentali del medesimo. 548.	
9	Grü. Ma. in Gar. a. 35 2-para G. 47 Lucca	22|3|1893	Fenomeni di peritonite otto anni fa dopo un aborto, dolori, febbre a 39. 5, dimagrim. progressivo.	1. Come nel caso n. 7. 2. 3. 4. Incisione prolungata fin sopra l'ombelico, si staccarono aderenze intestinali; il tumore principale era grosso come testa di adulto; vuotato si constatò essere del legamento largo sinistro; tentando di scorticare la tonaca interna si apersero nuove cisti. Nel Douglas si trovò un cistovario dell'ovaio destro con sopra la tuba destra allungata; questa si esportò legandola ai due estremi e della cisti si esportò la maggior parte cucendo il rimanente all'angolo inferiore della incisione addominale. Lavatura con soluzione salicilica; drenaggio di vetro. 5. Cisti del legamento largo sinistro e ovaro-salpingite. 547.	Guarigione sten Temp. mass. 3 dì 3. 4., in s alla amministr di un purgante rono gaz e n liquide da un della incisione minale, a dì 5 foro fistoloso chiuso spon mente e la esce con un suppurante all' inferiore della sione addomina Migliorata assai condizioni gene
10	Cas. Alb. n. Car. a. 35 0-para G. 80 S. Prospero.	28|4|1893	Dimagrimento progressivo, dolori nel ventre, dove si sentono due tumori, uno anteriore al legamento largo destro e uno posteriore.	1. Come sopra. 2. 3. 4. Si trovò l'omento aderente al tumore di destra; a sinistra un tumore del legamento largo; punto ne uscì liquido viscido gialliccio; si tolse il rivestimento interno gremito di piccoli corpiccioli bianchi grossi come granelli di milio. Il tumore di destra si ruppe e si spappolò, uscì di mezzo ai due tumori un po' di pus, che si esportò coi batuffoli e si lavò localmente con soluzione salicilica. Si pose un drenaggio solo attraverso le due cavità. Parte delle pareti della cisti di sinistra, compreso un tubo che si sondò per 10 cent., si fissarono alla parte inferiore dell'incisione addominale. 5. Cisti del legamento largo di sinistra e raccolta purulenta omento-pelvica innanzi al legamento largo di destra. 576.	Guarigione. Decorso apireti Tolto il drenagg 3.° giorno Esce 20. 5.
11	Sic. Mor. in Cos. a. 37 0-para G. n. 132 Parma	10|8|1893	Dolori; tensione; febbre.	1. V. n. 7. 2. 3. 4. Incisione lunga 10 cent. Tumore teso aderente con superficie arborescente minacciante rottura in un punto. Punto il tumore uscì con violento getto liquido purulento. Distaccate molte aderenze anche intestinali; trovato che usciva dal legamente largo destro si scorticò il rivestimento interno e si cucì il fondo del cavo al terzo inf. della incisione addominale. Lavatura peritoneale salicilica. Drenaggio. 5. Cisti suppurata del legamento largo destro. Peritonite adesiva. 593.	Guarigione. Temp. mass. 37. Tolto il drenagg secondo giorno so il sacco al Esce 3. 9.

V. OOFORO-SALPINGECTOMIA ADDOMINALE.

Nome, età ?-para Domicilio	Data della Operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
Tor. Gius. a. 26 . 0-para G. n. 10 Luzzara (Mantova)	5|2|1886	Dolori periodici mensili con amennorea.	1. Narcosi col cloroformio mediante la maschera di Esmark — Spray — Medicazione alla Lister — Soluzione di ac. fenico — spugne. 2. Doppia leg. col filo di seta incrociato comprendendo il più possibile di tuba. 3. Affondamento del peduncolo. 4. Cucitura della ferita cogli aghi di Hagedorn; incisione lunga 5 cent. e molto bassa. 5. *Degenerazione cistica* dell'ovario sinistro con grossi ematomi (corpi lutei?). L'*ovario* e la *tuba* di destra non si potè distaccarli essendo saldati al peritoneo pelvico da fitte aderenze. Un'ora dopo la operazione vi fu apnea per cloroformio per poco tempo, la giovane era gibbosa e col torace stretto.	Guarita. T. Mass. 38 centigr. Adesione per *primam.* Uscita 16. 3.
n. Cat. in Ar. a. 35 3-para G. n. 19 Collecchio	30|1|1887	Dolori nel ventre; accessi istero-epilettici, abbassamento e incompleto prolasso dell'utero.	1. V. n. 1. 2. Idem, come usa Lawson-Tait. 3. Idem. 4. Idem. 5. *Ovaia grosse* come ova di gallina leggermente aderenti con una grande ciste ciascuna; *tube* dure flessuose; padiglioni chiusi da pseudo-membrane.	Guarita e cessati gli accessi isterici e guarito il prolasso. Molto ridotto il volume dell'utero, in poche sett. grande benessere. T. mass. 37. 7 centigr. Adesione per *primam.* Uscita 6. 3.
us. in Dall'a. a. 38 2-para G. n. 36 Parma	5|5|1887	Dolori e incapacità per ogni occupazione.	1. V. n. 1; Spray prima della operazione. 2. Idem previo distacco delle ovaia e dell' utero aderenti. 3. Idem. 4. Incisione lunga 8 cent. 5. *Degenerazione cistica* delle ovaia e ovarite cronica. Cisti del legam. largo vuotata con la siringa di Pravaz, grossa come ovo di piccione.	Guarita, ma non cessati del tutto i dolori, ricomparvero scoli sanguigni dall' utero dopo 3 mesi per tre volte. T. mass. 37. 7 centigr. Adesione per *primam.* Uscita 10. 7.
Tor. Erm. a. 23 0-para G. 33 Parma	11|4|1889	Dolori per degenerazione cistica delle ovaia e salpingite.	1. V. n. 1, colla differenza che all'acido fenico fu sostituito il sublimato 1 p. 0|00 per lavare la parete addominale e alle spugne furono sostituiti batuffoli di cotone al sublimato avvolti in garza idrofila. Senza Spray. 2. 3. 4. V. n. 1. 5. Tube dilatate a pareti spesse molto aderenti; una cisti dell'ovaio destro scoppiò durante il distacco delle aderenze. A sinistra un pezzo di ovaio restò aderente al peduncolo. Fu difficile il distacco; fu favorito facendo sollevare gli annessi dell'utero colle dita in vagina. 294.	Guarita. T. mass. 37. 5 centigr. Adesione per *primam.* Uscita 8. 5.
Lau. in Ch. a. 35 3-para G. 76 Parma	8|8|1889	Dolori per ovaro-salpingite.	1. Come nel caso n. 4. 2. 3. 4. V. n. 1. 5. Salpingite bilaterale e ovarite con muco pus nelle tube e sangue stravasato nelle ovaia. Il distacco delle aderenze fu difficile. Un breve momento di apnea turbò la narcosi. 310.	Guarigione. Temp. mass. 39. 3 nel quarto giorno; 38. 7 la sera della operaz., 38.4 nel secondo giorno, nel nono apiress. Adesione per *primam.* Scolo sang. dai genit. Uscita 15. 9.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
6	Fan. It. a. 38 6-para G. 104 Parma	8|11|1889	Dolori; emorragie per mioma.	1. Come nel caso n. 4. 2. 3. 4. V n. 1; incisione lunga 12 cent. 5. Mioma del corpo dell' utero grosso come un melarancio; non potendosi sollevare abbastanza per trarlo fuori della incisione addominale si fece la castrazione con esportazione di buon tratto di tuba. 342.	Guarigione. T. mass. 38. 3 c Saldatura della sione per *prim* Uscita 7. 12.
7	Omb. Dar. in Bell. a. 35 1-para G. 105 Fontevivo	15|11|1889	Dolori per degenerazione cistica delle ovaie.	1. Come nel caso n. 4, per medicazione: jodoformio, garza al jodoformio, cotone e guttaperca e fascia di lana a fettucce secondo Sculteto. 2. 3. 4. V. n. 1. 5. Cisti ovariche e idrosalpingite a destra; esportate le ovaie con molta parte di tuba da ambe le parti. 343.	Guarigione. T. mass. 38. 4 sera del 5.° gi Saldatura per *p* Nel terzo giorn l'operazione eb scolo di sang genitali. Uscita 7. 12.
8	Tag. Pers. in Mag. a. 32 0-para G. 86 Mezzano inferiore	20| 7 |1890	Dolori; emorragie per degenerazione cistica delle ovaie.	1. Come nel caso n. 4. 2. 3. 4. V. n. 1. 5. Degeneraz. cistica delle due ovaia. 371.	Guarigione. T. mass. 38 la s l'operazione. Adesione per *p* Uscita 16. 8.
9	Chi. Cat. in Mas. a. 45 2-para G. 122 Neviano di Arduini	21|11|1890	Dolori; emorragie per mioma.	1. 2. 3. 4. Come nel caso n. 4; le ovaia furono fatte sollevare da un aiuto mediante due dita in vagina; colle ovaia furono pure esportate per buona parte le tube. Il mioma aveva sviluppo intralegamentoso grosso come un pugno di uomo. 5. Ovaia e tube sane; perciò l'operazione fu una castrazione. 380.	Guarigione. T. mass. 38 la terzo giorno. Adesione per *p* Uscita 17. 12.
10	Gius. Sof. a. 42 0-para G. 6 Parma	16|12|1890	Dolori per ovaro-salpingite e retroversione aderente.	1. Come nel caso n. 4. 2. 3. 4. V. n. 1, dopo aver distaccate le aderenze della ovaia e della tuba e dell'utero. Inoltre fu fatto la *Histero pexis* cucendo la parete anteriore dell'utero al peritoneo parietale della incisione addominale con punti di filo di catgut. Incisione lunga 7 cent. 5. Tube e ovaie presentano molti brandelli di aderenze, l'utero era pure sanguinante per le molte aderenze distaccate. 384.	Guarigione. T. mass. 38 a del 2.0 e 3.0 Adesione per della incision minale. Uscita 26. 1.
11	Camp. An. a. 25 0-para G. 15 Roccabianca	18|12|1890	Dolori e menorragie per periovaro-salpingite e degenerazione cistica dell'ovaio sinistro.	1. Come nel caso n. 4. 2. 3. 4. Come nei casi precedenti colla differenza che le aderenze a sinistra furono trovate tanto fitte, che non fu possibile distaccare l'ovaio; e durante l'operazione si ruppe una cisti dell' ovaio, perciò la operazione fu solo unilaterale destra. 4. Fu posto un drenaggio di vetro. 5. La tuba di destra è piena di muco pus, l'ovaio e la tuba sono coperti da molti lembi di pseudomembrane; della cisti di sinistra fu solo portato via un lembo. 386.	Guarigione. T. mass. 38. 5 della operazi Nel terzo gior glie il dren tragitto si ch sto. Unione per *pr* resto dell' in Uscita 4. 2. 9 Morì nel 1892. tuto per rot l'intestino t operata di a ciale con mon miglioramen

Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
ıv. Mar. in Zec. a. 28 0-para G. 23 Busseto	30|1|1891	Dismenorrea; fenomeni isterici da ovaro-salpingite.	1. Come nel caso n. 4. 2. 3. 4. Come nel caso n. 1, incisione lunga 9 cent. Furono trovate le ovaie e le tube aderenti, inoltre furono riscontrate aderenze omentali. Si aveva la intenzione di fare l'operazione attraverso al fornice vaginale posteriore, ma per una escara prodotta da un batuffolo lasciato in vagina dal dì innanzi fu fatta la laparotomia. 5. Le ovaie sono vestite da pseudomembrane, le tube distese da liq. denso bianco puriforme, i padiglioni sono uniti da pseudomembrane alle ovaia. 389.	Guarigione. T. mass. 37. 9 nella sera del 2.° giorno. Riunione della incis. per *primam.* Uscita 21. 2. 91.
It. Cr. a. 31 0-para G. 35 Roccabianca	13|3|1891	Dolori per mioma dell' utero.	1. Come nel caso n. 4. 2. 3. 4. Come nel caso n. 1. Fu fatta la castrazione perchè fu trovato il mioma sviluppato nel legamento largo sinistro e sceso ad un livello più in basso del collo dell'utero, furono trovate aderenze omentali e versamento libero nel cavo peritoneale. 5. Le ovaia e le porzioni di tube esportate apparivano normali, perciò fu fatto una castrazione. 395.	Guarigione. T. mass. 38. 5 la sera del secondo giorno. Adesione per *primam.* Uscita 7. 4. 91.
Sca. Cle. a. 31 5-para G. 57 S. Prospero	19|5|1891	Dolori; dismenorrea.	1. Come nel caso n. 4. 2. 3. 4. Come nel caso n. 1, incisione lunga 8 cent. 5. Ovarite bilaterale e salpingite aderenti; ematoma ovarico a destra, aderenze coll'omento e col peritoneo uterino e pelvico. Lavatura del cavo peritoneale col sublim. all'1 per 10,000. Drenaggio di vetro. 408.	Guarigione. T. mass. 38. 2 la sera del terzo giorno. Tolto il drenaggio al quinto giorno. Adesione per *primam* del rimanente della incisione. Ebbe scolo sanguigno dai genitali. Uscita 13. 6.
g. Ir. in Val. a. 24 G. 29 Parma	19|2|1892 G. 29	Metrorragie, dolori, mola vescicolare nell'ultima gravidanza e aborto il 4. 12. 92, nell'istituto. Durante la gravidanza fu diagnosticata la degenerazione cistica delle ovaie.	1. Come nel caso n. 4. 2. 3. 4. Come nel caso n. 1, incisione lunga 10 cent., il peduncolo di destra molto ampio si lega in tre; toelette peritoneale essendovi versamento peritoneale. 5 Degenerazione fibro-cistica delle ovaia, cisti multiple e periovarite e perisalpingite, grossezza delle ovaia quanto un uovo di gallina. 448.	Guarigione. T. mass. 38 la sera del terzo giorno. Adesione per *primam.* Uscita 15. 3. 92.
Mon. Mar. . 31 nubile 0-para G. 38 Parma	10|3|1892 Castrazione	Gravi convulsioni isteriche. Nel 1891 fu operata della discissione della cervice e di incisione laparatomica sugestiva. Cardiopalmo.	1. Come nel caso n. 4. 2. 3. 4. Come nel caso n. 1, il grembiale di omento rendeva difficile trarre su le ovaie e le tube. 5. Ovaio e tuba sinistra sani; l' ovaio destro presentava una piccola cisti grossa come una nocciuola. 450.	Guarigione. Prima della operazione ebbe un grave accesso. Non si sono più ripetuti gli accessi fino ad oggi. T. mass. 38 alla sera del terzo giorno. Uscita 3. 4. 92. Non sono più comparse le convulsioni e sono cessati i mestrui.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
17	Zin. Gio. a. 44 nubile 0-para G. 131 Parma	18|9|1892 Castrazione	Convulsioni istero-epilettiche. Nell' anno 1891 fu operata di discissione della cervice per collo conico e antiflessione e di incisione laparatomica suggestiva. Dopo alcun tempo si sono ripetute le convulsioni.	1. Come nel caso n. 4. La angustia toracica per scogliosi della colonna vertebrale rese difficile la narcosi che fu condotta però senza accidenti. 2. 3. 4. Come nel caso n. 1, le ovaia, l'utero e le tube furono staccate essendo aderenti. Fu difficile tirarle nella incisione e si dovette legare il peduncolo dentro il cavo addominale per la tensione del ventre dipendente dalla angustia toracica e addominale. 5. Degenerazione micro-cistica dell'ovaio sinistro, molte piccole cisti sul peritoneo delle tube. 504.	Decesso in terz nata con fenom peritonite. T. mass. 39. 2. Non fu fatta au Poco prima era operata di ut corne una don pure morì (V. t n. 9), poco prim operazioni era aperto in altra un ascesso p trale nel quale stati trovati gli tocochi. Furono sospese razioni per un furono fatte r disinfezioni e s dussero nuove antisettiche.
18	Ghi. Fer. in Bra. a. 36 3-para G. 11 Borgo S. Donnino	20|12|1892	Dolori e fenomeni isterici.	1. Come nel caso n. 19, della tav. I. 2. 3. 4. Come nel caso n. 1, di questa tavola. 5. Nell'ovaio destro vi era un corpo luteo dell' ultima mestruazione e nel sinistro degeneraz. microcistica. 526.	Guarigione r sima. Decorso apireti Un mese dopo viglioso beness narono in sc nomeni isteric Uscita 11. 1. 9
19	Scar. Est. a. 22 G. n. 126 Borgo S. Donnino	16|7|1893	Metrorragie, anemia, ribelli a tante cure precedenti.	1. Come nel caso n. 4. 2. 3. 4. Come nel caso n. 1 di questa tavola 5. Degenerazione microcistica delle due ovaia. 590.	Guarigione. Temp. mass. sola volta la s secondo giorn Adesione per p Esce 2. 8.

VI. LAPAROTOMIA PER EMATOMA INCAPSULATO EMATOCELE E GRAVIDANZA EXTRAUTERINA.

Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
r. Croc. in Sar. a. 32 8-para G. n. 56 Casalmaggiore (Cremona)	13|7|1886	Dolori addominali e metrorragie.	1. Narcosi col cloroformio colla maschera di Esmark — Senza Spray — Medicazione alla Lister. Soluzione di ac. fenico — Spugne. 2. Doppia legatura della tuba con seta fenicata. 3. Affondamento del peduncolo. 4. Cucitura della ferita colla seta e cogli aghi di Hagedorn strato per strato. Incisione lunga 10 cent. 5. *Ematoma* situato nello spazio del Douglas leggermente aderente al peritoneo adeso al padiglione della tromba destra ingrossata. Fu pure esportato l' ovario destro. Pu pure curata e guarita di fistola anale completa colla spaccatura.	Guarigione. T. mass. 38. 2 centigr. Unione per *primam*. Esce a dì 13. 8.
Asc. Palm. in Dall'Ar. a. 24 3-para G. 54 Parma	8|5|1891	Dolori e metrorragie dopo qualche tempo di amenorrea ed espulsione di una membrana dai genitali.	1. Come nel caso n. 4 della tav. VII. 2. 3. 4. Come nel caso n. 1 di questa tav. 5. Fu esportato un sacco grande quanto un uovo di gallina che era aderente al peritoneo del Douglas; si ruppe durante il distacco e ne uscì sangue nerastro; distaccato l'ovaio sinistro e la tuba fu fatto la ovaro-salpingectomia sinistra, l' esame del pezzo mostrò essere il sangue stato versato in una cavità in parte scavata nell'ovaio in parte formato da una membrana involgente il padiglione. Gravidanza extrauterina tubo ovarica? L'ovaio e la tuba destra normali furono lasciati in sito. Lavatura del cavo peritoneale con soluzione salicilica; toelette; dren. di vetro. 407.	Guarigione. T. mass. 38 nel terzo, 4.° e 5.0 giorno. Tolto il drenaggio nel 3.° giorno; adesione per *primam* del resto della incisione. Scolo sanguigno dai genitali. Uscita 30. 5. 91. Più tardi rimase incinta. Parto e puerperio normale.
f. Cle. in Bal. a. 18 1-para G. 32 Vidiano	13|2|1893	Metrorragie e malessere generale.	1. 2. 3. 4. Come sopra. Oltre ad esportare la tuba di sinistra si esportò pure quella di destra, dilatata e aderente e una considerevole quantità di sangue nerastro aggrumato che trovavasi raccolto nello spazio del Douglas; coperto da anse intestinali leggermente adese. 2. La tuba sinistra contiene un corpo ovoideo grosso come ovo di tacchino a pareti spesse con rivestimento membranoso (uovo) e la tuba vicina al padiglione è rotta; dalla rottura uscì sangue che formò l'ematocele. 544.	Guarigione. T. mass. 37. 4. 6. 3. 1893. Uscita a dì 22. 2. Ebbe leggero scolo di sangue dai genitali.

VII. MIOMECTOMIE (TRATTAMENTO ESTERNO DEL PEDUNCOLO).

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
1	Ad. Pil. a. 36 0-para G. n. 44 Sissa	21|5|1886	Dolori nel ventre. Metrorragie, volume del tumore.	1. Narcosi col cloroformio colla maschera di Esmark — Senza Spray — Medicazione alla Lister. 2. Costrizione del peduncolo, grosso, mediante filo di ferro serrato da piccolo costrittore, come usa Bantock, attraversato da due aste metalliche. 3. *Trattamento esterno del peduncolo.* 4. Difficile l'avvicinamento dei margini dalla ferita per il volume del peduncolo. Cucitura colla seta e cogli aghi di Hagedorn. Incisione prolungata fin sopra l'ombelico. 5. *Miomi* multipli edematosi. La estrazione fu aiutata da un cavatappi. Il legamento largo fu segmentato. *Fu aperta la cavità uterina.* 3. 9. 1886 tosato il moncone vegetante ed escisa la cicatrice della cute circostante e scollati i margini furono affrontati.	Guarigione. T. mass. 38. 7 c Adesione per *p* Il tessuto del m continuò a veg l'orlo cutaneo per troppa tens gangrenò Uscita 15. 6.
2	Mar. Ros. in Mar. a. 44 0-para G. n. 37 Vigatto	29|5|1888	Dolori e metrorragie.	1. 2. 3. V. n. 1. 4. Meno dificile l'avvicinamento delle labbra della ferita; il resto come nel n. 1. 5. *Mioma* infiltrato di massa colloide e sviluppato nella parete sinistra ant. e post. dell'utero; la cavità ingrandita era portata a destra, grossezza come testa di bambino di 3 anni. Aperta la cavità. Esportate insieme le ovaie e le tube, l'ovario sinistro era degenerato in cisti e grosso quanto un ovo di gallina, così l'ovario destro e a destra eravi anche una cisti del parovario grossa quanto un ovo di gallina che si era sentita coll'esame vaginale e rettale. Il peduncolo fu tosato, e cucito e coperto col peritoneo cosperso di jodof. e circondato da garza fenica.	Guarigione. T. mass. 37. 2 c Adesione per *p* Il moncone ca 22.ª giornata. Decorso apireti Uscita 7. 7.
3	Pic. Cris. in Vis. a. 32 0-para G. n. 14 Suzzara (Mantova)	24|1|1889	Dolori, accrescimento rapido.	1. Narcosi col cloroformio mediante la maschera di Esmark — Spray Medicazione colla garza al sublimato e jodoformio -- Senza silk. 2. Costrizione del peduncolo provvisorio colla gomma e definitiva come nel caso n. 1. 3. 4. V. n. 1. 5. *Miomi multipli* specialmente sviluppati nella parete anteriore e nel fondo; molti miomi sottoperitoneali vascolarizzati piccoli sulla faccia posteriore dell'utero. Furono esportate insieme le ovaia e le tube, furono legati i legamenti larghi; fu aperta la cavità uterina.	Guarigione. T. mass. 40 n giorno. Adesione per della parte su della ferita. Il moncone subi fazione, fu tos nalmente. Esce 6. 4.

Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
r Am. in Alb. a. 47 3-para G. 87 Vigatto	17|8|1889	Dolori; emorragie.	1. Come nel caso n. 1, però lavando il ventre coll' etere dopo averlo lavato colla saponata e colla soluzione di sublimato 1 p. 0|00 e sostituendo le spugne con batuffoli di cotone al sublimato avvolto in garza idrofila e sostituendo nella medicazione le benderelle di garza al jodoformio alla garza fenica, sopprimendo il silk. 2. 3. Come nel caso n. 1. 4. Come nel caso n. 1, incisione lunga (prolungata) 15 cent. 5. Mioma del corpo dell' utero, segmentazione del legamento largo sinistro, legatura provvisoria colla corda di gomma. Aperta la cavità uterina. 311.	Guarigione. T mass. 38. 8 la sera del 2.° giorno e 41 la sera del 5.°, indi defervescenza graduale, apiressia nel 15.° giorno. Il moncone cadde nel 22.° giorno. Uscita 1. 11.
Ron. Can. a. 43 2-para G. 90 Parma	6|9|1889	Dolori; metrorragie.	1. Come nel n. 4 e in più una lavatura endouterina con soluzione di sublimato 1 p. 0|00. 2. 3. Come nel caso n. 1, però oltre al tumore dell' utero fu trovato un tumore cistico del legamento largo di destra; fu punto e prima di comprendere il fondo del tumore cistico insieme al peduncolo del mioma fu fatto lo sgusciamento del rivestimento interno del tumore; questo tumore era aderente alle pareti addominali e ad alcune anse intestinali. 4. Come nel caso n. 1, 10 cent. la lunghezza della incisione. 5. *Mioma* del corpo dell'utero e cisti del legamento largo di destra. 314.	Guarigione. T. mass. 38. 6 nella sera del 3.° giorno e nella mattina del 4.°; apiressia nel settimo giorno. Nel 18.° giorno furono tolti gli aghi e nel 20.° cadde il moncone. Uscita 7. 11.
El. Cav. a. 40 0-para G. 36 Modena	28|3|1890	Dolori; metrorragie, disuria per incarceramento del tumore in bacino rachitico. Statura eccezionalmente bassa per rachitismo.	1. V. n. 4, dopo lavatura dell'addome si versa sulla pelle una soluzione alcoolica eterea di jodoformio che colla evaporazione lascia una polvere finissima. 2. 3. Come nel caso n. 1. 4. Incisione prolungata fin sopra il belico. La estrazione del tumore sebbene grosso solo come un pugno riesce mettendo l' utero di sbieco con torsione sull'asse. Posto un laccio provvisorio di gomma nella regione cervicale ed esciso il nodo miomatoso furono fatte tre suture per l'affondamento del peduncolo, una per la cavità uterina aperta, una per la muscolare, una per il peritoneo, ma tolto il laccio elastico si ebbe emorragia; allora si applicò il filo metallico e il costrittore. Fissazione del peduncolo e chiusura della ferita come sopra. 5. Nodo miomatoso del corpo dell'utero; che per retroflessione si incarcerava nel bacino. 363.	Guarigione. T. mass. 39. 3 nel 7.° giorno; defervescenza completa nel 19.° giorno. Caduta del moncone nell' 8.° giorno, tosature ripetute della parte sottostante. Eritema attorno alla incisione; catarro-bronchiale. La inicisione addominale è completamente saldata il 20. 5. Stette nell' Istituto spontaneamente fino a dì 10. 6.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
7	Ass. Bl. in Sac. a. 29 0-para G. 1 e 10 St. Secondo	5|12|1890	Dolori; menorragie.	1. Come nel caso n. 4. 2. 3. Esportato l' ovaia colla parte corrispondente di tuba di sinistra e mentre lo stesso si voleva fare a destra l'ago trafisse un grosso vaso per cui vi fu notevole emorragia, perciò mentre si voleva fare il trattamento interno fu fatto il trattamento esterno come nel caso n. 1. 4. Incisione da due dita sotto l'ombelico a tre sopra al pube; cucita cogli aghi di Hagedorn. 5. Mioma della parete anteriore con ectasie linfatiche e aderenze al peritoneo parietale laceratesi durante la estrinsecazione del tumore. 381.	Guarigione. T. mass. 39. 5 la del 4.° giorno ressia nel 9.° Caduta del mo nel giorno 19.°; del filo si rupp effetto della sol di sublimato ne giorno. Saldatura della sione sopra al cone per *prima* Uscita 2. 1. 91.
8	Zan. Ros. a. 49 0-para G. 120 Cellio (Novara)	9|10|1891	Dolori; metrorragie gravissime.	1. Come nel caso n. 4, cloroformio Duncan; apparecchio Juncker. 2. 3. Come nel caso n. 1. 4. Idem. Incisione da poco sopra al pube a poco sopra dell'ombelico prolungato poi, si tentò la legatura colla corda di gomma per affondare il peduncolo, ma la corda guasta si ruppe più volte, allora si applicò il costrittore che trascorse un po' in basso per lo sviluppo del mioma nella regione cervicale. 5. Mioma del corpo dell'utero e del collo nella parete anteriore. 427.	Decesso. T. mass. 38. 2 l della operazion Morì in terza gi sotto uno sfo vomito per due aspirati nella t e incastonatisi biforcazione de chi. La donna era purgata come lito. La morte fu i visa per soffoc

(*Continua*)

Laboratorio di Patologia Generale della R. Università di Parma
DIRETTO DAL PROF. G. RATTONE

Modificazioni di struttura dell'utero della coniglia

STUDIO SPERIMENTALE

del Dott. TULLIO FERRARI

Persuaso che il metodo sperimentale possa portare un po' di luce nella interpretazione delle modificazioni fisiologiche e patologiche della tessitura uterina, ho intrapreso quelle ricerche che andrò esponendo.

Partito dal concetto che il prodotto del concepimento, nei suoi rapporti coll'utero, possa paragonarsi ad un parassita, ad una neoplasia a rapido sviluppo, la quale per vivere deve richiamare alla sua zona d'impianto una certa quantità di materiale nutritizio, ed accarezzando l'idea che le modificazioni di struttura che si rinvengono nell'utero durante la gravidanza siano dovute esclusivamente a questa maggior copia di materiale richiamato, ho cercato sperimentalmente di vedere se quelle modificazioni di struttura, le quali si osservano durante la gravidanza nell'organo gestatore, si possano ottenere irritando in modi diversi la cavità della matrice.

L'irritazione del tessuto uterino, certamente facile ad ottenersi, sia mediante atti operativi praticati sull'utero, sia mediante l'introduzione nella cavità e nella compage del viscere di corpi stranieri di qualsivoglia natura purchè asettici, io la provocai nei modi più svariati. Piuttosto difficile riesce invece il realizzare, mediante innesti di pezzi di tessuto nel cavo uterino, le condizioni di un parassita o di una neoplasia endo-

uterina capace, a guisa del feto, di richiamare a sè una certa quantità di materiale nutritizio. Per quello che sappiamo oggi dalla pratica chirurgica, l'innesto di un pezzo di mucosa nel punto ove è stato tolto col raschiamento, od altro mezzo, un altro pezzo di mucosa, sarebbe la via più facile e sicura per raggiungere il nostro intento; ma rimangono sempre le difficoltà operatorie inerenti alla piccolezza ed alla profondità delle parti sulle quali si deve operare, nonchè l'imperfetta rassomiglianza dei fatti che si devono poi mettere a confronto. Infatti lasciando in disparte le difficoltà operative, perchè queste con un po' di esercizio si possono di solito superare e considerando soltanto l'altro fattore, cioè la non perfetta rassomiglianza di ciò che si deve confrontare, dobbiamo tosto riconoscere che, ammesso anche che un pezzo di mucosa innestato possa aderire alla mucosa uterina, non per questo noi abbiamo nell'utero un corpo che realizza le condizioni di vita del prodotto del concepimento, il quale oltre che aderire e vivere a spese della mucosa uterina, trae da essa sempre maggior copia di nutrimento in rapporto al suo progressivo sviluppo. Ciò certamente non può avvenire nei casi di innesti di mucosa, perchè in questi, cessato il lavorìo di adesione, non può più osservarsi nulla di quanto dietro il nostro concetto vorremmo osservare.

Ad onta che gli stimoli esperimentati sull'organo gestastore della coniglia siano stati di varia natura, vedremo nondimeno quanto sia grande l'analogia del reperto con quello che si osserva durante il periodo di gestazione nello stesso viscere dello stesso animale. Sono certo che queste analogie di reperti, facendo agli studiosi quella stessa impressione che ha fatto a me, sarà di sprone a molte ricerche le quali valgano alla soluzione di due difficili problemi, quali son quelli della struttura e della fisiologia della placenta materna, problemi che ancora presentano più di un'incognita.

Preceduto dal Calderini (1) in questo genere di studio, pure debbo dire che sia pel metodo di esperimento, sia per il reperto da me osservato, i miei risultati si differenziano da quelli che l'ostetrico parmense ebbe per primo sagacemente ad osservare.

---

(1) G. Calderini. « Produzione artificiale delle cellule deciduali. » Estr. dal *Giornale della Regia Acc. di Med. di Torino,* anno 1888.

Gli animali sui quali ho esperimentato furono sempre i conigli, che io ho preferito ad altri, in primo luogo perchè per studii antecedenti fatti da altri autori sia sull' utero vuoto, sia sull' utero gravido dei medesimi, già se ne conoscono abbastanza bene e la struttura e le sue modificazioni durante il periodo di gestazione; in secondo luogo, perchè, vuoi per la forma, vuoi per il volume, l'organo gestatore di questi animali si presta bene all' esperimento.

Per non incorrere in ripetizioni e per essere più chiaro, ad ogni esperimento farò seguire il reperto anatomo-necroscopico riscontrato all'atto dell' uccisione dell'animale, il modo di trattamento del pezzo sottoposto all'esame ed il relativo reperto microscopico. Data l'enumerazione di tutti questi singoli fatti, in un secondo capitolo cercherò, per quanto mi sarà possibile, di farne una breve sintesi, per poter alla fine del lavoro venire a qualche conclusione. È inutile che io dica che per poter avere dei risultati attendibili dovetti eseguire i miei esperimenti seguendo le norme della più scrupolosa antisepsi, senza le quali io non avrei trovato all'uccisione dell'animale altro che dei fatti flogistici, fatti che certamente mi avrebbero complicata l' osservazione e deviato dallo scopo. In nessuna coniglia trovai all'autopsia la minima traccia di pus nell'addome; nella maggior parte delle operate mancarono affatto anche le aderenze peritoneali; sicchè non reputai neanche il caso di istituire ricerche batteriologiche.

Procedendo per ordine cronologico ecco in breve quali sono gli esperimenti da me eseguiti coi relativi reperti macro e microscopici:

Esperienza I (16 maggio 1892).

Giovane coniglia nullipara. — Praticata la laparotomia, si inietta nel corno destro dell' utero, mediante una siringa di Pravaz, un po' di sangue tolto al momento da una vena dell'orecchio dello stesso animale; il tratto di corno iniettato venne previamente chiuso fra due lacci di seta. Nel corno sinistro, aperto con un piccolo taglio longitudinale, previo raschiamento della mucosa, si mette un piccolo pezzetto di muscolo tolto al momento dalla parete addominale: la breccia fatta viene chiusa con punti alla Lembert dati con ago finissimo infilato con finissima seta. Sutura a piani delle pareti addominali.

Reperto anatomo-necroscopico. — L'animale in ottimo stato di salute

viene sacrificato il giorno 24 dello stesso mese, cioè otto giorni dopo quello in cui venne operato e presenta quanto segue: adesione completa della ferita laparotomica, leggere aderenze della parte del corno sinistro suturata con un' ansa intestinale; tanto la parte del corno destro in cui si è praticata l' iniezione di sangue, quanto quella del corno sinistro in cui si è praticato l' innesto di muscolo sono ingrandite di circa il doppio del normale; la sutura uterina ha aderito perfettamente. I due pezzi di utero oggetto di studio ed un piccolo pezzo sottoposto a nessun esperimento, tolto da un punto lontano da quelli, vengono fissati in alcool assoluto e poi inclusi in paraffina.

Reperto microscopico. — In quel pezzo trattato coll' iniezione di sangue, l'epitelio di rivestimento in certi punti e specialmente nei festoni mesometrali, è disposto in parecchi ordini di cellule delle quali quelle che guardano il lume sono in fase degenerativa, hanno aspetto vescicolare, non si distingue più il nucleo ed assorbono difficilmente le sostanze coloranti (V. Fig. I); quelle verso la parete sono in vivace movimento cariocinetico, nelle varie sue fasi. Fra gli elementi epiteliali trovasi qua e là qualche piccola cellula rotonda. Nel connettivo della mucosa (parte mesometrale) trovasi qualche grande cellula rotonda a grosso nucleo con protoplasma ben differenziabile. I vasi sono dilatati, e facendo un confronto coi pezzi normali tolti da punti non irritati, appaiono anche aumentati di numero. Procedendo più all'esterno trovasi uno spesso strato muscolare nel quale non riuscii a trovare elementi in mitosi nei preparati trattati col metodo di Martinotti per la cariocinesi. All'esterno dello strato muscolare, nella parte di utero situata fra i due foglietti del legamento largo, si trovano degli elementi rotondi di varie dimensioni, qualcuno dei quali con carattere degenerativo (nucleo poco tingibile, protoplasma con vacuoli), ed altri ben conservati; presso a questi elementi rotondeggianti trovansi delle cellule giganti delle quali qualcuna con venti o venticique nuclei (Fig. II). Il protoplasma di queste cellule giganti presenta pure qua e là dei vacuoli, in qualcuno dei quali si osservano delle forme cristalline; queste forme cristalline che ricordano quelle che si trovano nell'utero della cavia dopo il parto, trovansi pure negli interstizii del tessuto.

Nel pezzo trattato coll' innesto di muscolo, ad onta che la peristalsi uterina si sia sbarazzata della parte innestata, pure osservasi qualche fatto degno di nota: l'epitelio è per la massima parte riprodotto; nel connettivo della mucosa osservai qualche grande cellula rotonda analoga a quelle riscontrate nella mucosa del pezzo prima descritto. Nel pezzo di controllo tolto da un punto lontano dalle parti operate non osservasi alcuna modificazione istologica apprezzabile.

Esperienza II (19 maggio 1892).

Giovane coniglia nullipara. — Praticata la laparotomia, si apre il corno destro dell'utero con un taglio longitudinale lungo circa un centimetro e, previo raschiamento della cavità, praticato coll'apice tagliente di una sonda scanalata, si mette in essa un piccolo pezzetto di cute depitelizzato tolto al momento dall'orecchio dell'animale; la breccia vien chiusa con punti alla Lembert. Nel corno di sinistra si pratica la stessa operazione colla differenza che viene emesso il raschiamento della mucosa prima dell' innesto; cioè questo vien fatto a mucosa intatta.

Reperto anatomo-necroscopico. — Il giorno 24 dello stesso mese, cioè cinque giorni dopo l' operazione, sacrificato l' animale si trova quanto segue: adesione completa per prima, sia della sutura addominale, sia di quelle uterine; mancanza completa di aderenze peritoneali; utero notevolmente ingrandito nelle due parti operate, le quali ridotte in opportuni frammenti vengono fissate in alcool assoluto e poi incluse in paraffina.

Reperto microscopico. — Non si riscontrano più tracce dei pezzi di cute innestati, essi furono probabilmente espulsi; si hanno piccoli focolai emorragici nella mucosa; l'epitelio nei punti ove venne raschiato si è di già riprodotto, ma non ha ancora assunta la forma caratteristica dell'epitelio cilindrico; esso mostrasi ancora alquanto appiattito, così come Griffini vide in consimili epitelii di altre località. I festoni mesometrali, sono alquanto ingranditi ed infiltrati di grandi elementi rotondi, i quali si dispongono per lo più in serie e sono contenuti in piccoli spazii chiari nei quali fa difetto la sostanza fondamentale. Negli stessi festoni mesometrali trovansi numerosi vasi arteriosi a tipo muscolare, vene fortemente dilatate ed abbondantissima rete capillare di neoformazione. Questi fatti sono pressochè identici nei due pezzi operati.

Esperienza III (20 maggio 1892).

Giovane coniglia nullipara. — Estratto l'utero dal cavo addominale, con due colpi di forbici dati a tutto spessore della parete, si esporta un lembo di questa a forma di V; raschiato poi il cavo uterino così rimasto aperto col mezzo dell' apice di una sonda scanalata, vi si innesta il piccolo lembo di parete esportato, in modo che le due superfici mucose si trovano a reciproco contatto; la mucosa del piccolo lembo innestato venne pure raschiata prima di essere messa a contatto colla mu-

cosa uterina. La breccia uterina vien chiusa con punti alla Lembert dati con ago e seta finissimi.

Reperto anatomo-necroscopico. — Il giorno 24 dello stesso mese cioè 4 giorni dopo l'operazione l'animale viene sacrificato e si trova: adesione completa delle parti suturate; il corno uterino operato è grande circa il doppio di quello lasciato integro; non vi è traccia nè di aderenze nè di raccolta qualsiasi nel campo operatorio, il peritoneo presentasi col suo colore affatto normale. Il pezzo sottoposto all'esperimento ed una piccola parte del corno lasciato integro, vengono fissati in alcool assoluto ed inclusi in paraffina.

Reperto microscopico. — Non trovasi traccia del pezzo innestato, il quale non essendo stato fissato alla parete con punti di sutura venne espulso dalla peristalsi uterina; il duplice raschiamento non fu sufficiente a trattenere l'innesto in sito (1). Si osserva una notevole ipertrofia della mucosa specie nei festoni mesometrali; l'epitelio della mucosa è in certi punti molto basso, in altri manca affatto; nei fondi ciechi è normale; in seno al connettivo della mucosa osservansi gli stessi fatti osservati nel caso precedente. In quei punti in cui l'epitelio venne rispettato dal raschiatore esso trovasi disposto a più strati e fra i suoi elementi mostra parecchie forme cariocinetiche. Di forme cariocinetiche trovansene pure fra i vari elementi che compongono la restante parte della mucosa.

Esperienza IV (20 maggio 1892).

Giovane coniglia nullipara. — Nell'operazione si procede in modo identico al caso precedente.

Reperto anatomo-necroscopico. — L'animale viene sacrificato il giorno 26 dello stesso mese, ovvero 6 giorni dopo l'atto operativo. Unica differenza col caso precedente una tenue aderenza della parte dell'utero operata con un'ansa del tenue. I pezzi da esaminarsi vengono fissati in alcool assoluto e poi inclusi in paraffina.

Reperto microscopico. — Tranne una più completa riproduzione dell'epitelio della mucosa non notansi differenze degne di nota col caso precedente. Ancora in questa esperienza l'utero si sgravò del suo contenuto, ma volli ritentare la prova.

---

(1) Ho cercato nei miei esperimenti di omettere la sutura delle parti innestate e di trattenere queste in sito con altri mezzi per non avere poi all'esame microscopico l'infiltrazione parvi-cellulare intorno ai fili di sutura, fatto che mi avrebbe un po' ostacolata l'osservazione microscopica.

Esperienza V (28 maggio 1892).

Giovane coniglia nullipara. — Nella cavità del corno sinistro dell' utero previamente aperto con taglio longitudinale vien messa un po' di polvere di bleu di metilene non velenoso; la breccia viene poi chiusa con punti di sutura continua.

Reperto anatomo-necroscopico. — Due giorni dopo l' atto operativo l' animale viene ucciso. L' utero si trova ingrandito di circa 1|3 del volume normale. Piccoli pezzi della parte operata vengono messi in alcool assoluto e poi inclusi in paraffina.

Reperto microscopico. — Abbondantissimo movimento cariocinetico negli elementi epiteliali della regione trattata colla polvere di bleu di metilene. In detta regione trovansi pure abbondanti forme cariocinetiche fra gli elementi connettivali della mucosa e fra le fibro-cellule muscolari; leggero ingrandimento dei festoni mesometrali. Già si sa dell' affinità del bleu di metilene per i nervi che esso colora viventi, e per la cromatina dei nuclei in genere. Il contatto per 48 ore di questa sostanza col tessuto uterino mi ha dato tale abbondanza di forme cariocinetiche, tale nettezza nelle immagini, ottenute anche colla sola colorazione successiva col carmino alluminato, che mi fa credere che il bleu di metilene non velenoso non si opponga per nulla, come altri ha creduto, alla vita cellulare, ma che anzi ne renda più evidenti le manifestazioni.

Esperienza VI (17 settembre 1892).

Giovane coniglia nullipara. — Dal lato destro si stringe fra un laccio di seta un tratto di legamento largo dell' estensione di circa un centimetro (1); dal lato sinistro si apre la cavità uterina, la si raschia e poi la si chiude senz' altro con punti di sutura.

Reperto anatomo-necroscopico. — L' animale viene sacrificato otto giorni dopo l'atto operativo: si trovano tenui aderenze della parte dell' utero suturata con un'ansa del tenue. Le parti dell' utero operate sono

---

(1) In questa esperienza non mi avvenne di osservare ciò che esservò il Rattone — (G. Rattone. « Studio ed osservazioni sull' arterite tifosa, » pag. 61, 1887) — allacciando negli animali dei tratti di mesenterio, cioè una forte contrazione del viscere; questa contrazione, forse mancante nel caso nostro per la brevità del tratto di legamento largo allacciato, la osservai invece evidentissima ogniqualvolta a scopo emostatico usai sulle parti operate l'acqua a 50° centigr.

leggermente ingrandite; i pezzi vengono fissati in alcool assoluto e poi inclusi in paraffina.

Reperto microscopico. — Ove si praticò il raschiamento della mucosa trovasi dell'epitelio basso neo-formato e gli elementi si mostrano come allontanati fra di loro. Scarse grandi cellule rotonde in seno al connettivo della mucosa. Nel corno destro ove si è allacciato il legamento largo non trovansi fatti degni di nota, per cui concludiamo che la circolazione della parte non fu per nulla ostacolata dall'allacciatura fatta.

Esperienza VII (17 settembre 1892).

Giovane coniglia nullipara. — Nel corno uterino di destra si inietta della paraffina fusa sterilizzata a 55° centigr. circa e si sospende l'iniezione quando osservasi una modica distensione della parte iniettata. Nel corno sinistro si pratica una resezione di circa 4 millimetri e la parte resecata rovesciata e raschiata dalla faccia mucosa viene introdotta nel cavo uterino pure previamente raschiato; i due monconi dell'utero si avvicinano con punti di sutura analoghi a quelli che si danno per la sutura dell'intestino.

Reperto anatomo-necroscopico. — L'animale viene sacrificato 7 giorni dopo l'operazione: la parte sulla quale si è praticata la resezione si trova alquanto ingrandita e fortemente aderente ad un'ansa intestinale; la parte nella quale si praticò l'iniezione di paraffina si mostra modicamente distesa ed a pareti alquanto assottigliate.

Reperto microscopico. — Le pareti uterine là dove si è praticata l'iniezione di paraffina sono, come abbiamo già detto, alquanto sottili; coll'esame microscopico si vede che fa completamente difetto lo strato mucoso, del quale solo in qualche raro punto se ne riconoscono delle traccie in qualche fondo cieco ghiandolare. Nello strato muscolare non trovansi modificazioni apprezzabili. La mancanza dello strato mucoso va probabilmente attribuita alla troppo elevata temperatura della paraffina usata in questo esperimento.

La parte sulla quale si è praticata la resezione e l'innesto di mucosa mostra i fatti seguenti: notevole ingrandimento dei festoni mesometrali; infiltrazione di grandi cellule rotonde delle quali qualcuna con protoplasma vacuolizzato, altre contenenti gocciole di pigmento ematico; queste cellule sono contenute in piccoli vani nei quali manca la sostanza fondamentale. L'epitelio è riprodotto in quei punti in cui venne raschiato, ma ha ancora forma appiattita.

Esperienza VIII (17 settembre 1892).

Giovane coniglia nullipara. — Nel corno destro si inietta come nel caso precedente della paraffina fusa sterilizzata a 55° centigr.; nel corno sinistro si mette, per mezzo di un' apertura fatta, della polvere di cinabro; col solito metodo si sutura poi la breccia fatta.

Reperto anatomo-necroscopico. — L' animale viene ucciso 21 giorni dopo l' atto operativo; non trovasi traccia di aderenze; le parti operate sono ingrandite, specie quella trattata colla polvere di cinabro; esse vengono fissate in alcool assoluto.

Reperto microscopico. — L' epitelio in quella parte trattata colla polvere di cinabro mostrasi in certi punti disposto in parecchi ordini di cellule che mai non vidi compenetrate da granuli. Specialmente nel connettivo del legamento largo trovansi dei grandi elementi rotondi carichi di granulazioni di cinabro, in alcuni tanto numerose da velare pressochè il nucleo. Di queste granulazioni trovansene pure fra le maglie del tessuto ed in qualche grande cellula rotonda infiltrata in mezzo al connettivo della mucosa. In un festone della mucosa trovansi le traccie di un' antica emorragia. La parte trattata colla paraffina mostrasi come quella del caso precedente.

Esperienza IX (2 febbraio 1893).

Giovane coniglia nullipara. — Il corno destro vien trapassato con fili di seta sterilizzati imbevuti di eosina e di inchiostro di china; nel corno sinistro, previa apertura, viene introdotta della polvere di minio; la ferita vien chiusa nel solito modo.

Reperto anatomo-necroscopico — Notevole ingrandimento delle parti operate, specialmente di quella trattata colla polvere di minio; tenui aderenze peritoneali. Piccoli pezzi delle parti operate vengono distribuiti parte nell' acido osmico all' 1 0[0, parte nell' alcool assoluto, parte nel liquido del Müller. Inclusione in paraffina ed in celloidina. L' animale viene sacrificato 10 giorni dopo l'operazione.

Reperto microscopico. — Nel pezzo trattato colla polvere di minio trovasi cariocinesi piuttosto abbondante in tutti gli elementi della parete uterina, notansi inoltre in seno al connettivo della mucosa delle grandi cellule rotonde con protoplasma vacuolizzato, disposte in serie. In certi punti ove l' irritazione fu grande si osservano dei focolai emorragici e dei vasi fortemente dilatati. L' epitelio più o meno conservato

manca in certi punti. Nelle parti trattate coi fili imbevuti con sostanze coloranti notasi una emorragia lungo il tragitto dei fili e dei granuli sparsi nei focolai emorragici.

Esperienza X (6 marzo 1893).

Coniglia adulta pluripara. — Aperto l'addome si trova l'utero alquanto iperemico, l'animale era probabilmente in calore. Il corno di sinistra vien passato parte a parte con un filo sterilizzato imbevuto in una soluzione di inchiostro di china. Nel corno di destra, previa apertura e raschiamento, si mette della polvere di cinabro.

Reperto anatomo-necroscopico. — Dieci giorni dopo l'operazione la coniglia viene uccisa per dissanguamento; le parti suturate sono perfettamente aderite e non vi è traccia di aderenze peritoneali. Sezioni ottenute a fresco col congelamento vengono sottoposte alla reazione di Leber (sali di ferro).

Reperto microscopico. — La parte nella quale si è messa la polvere di cinabro si mostra alquanto inspessita; all'esame microscopico presenta quanto segue: nessuna traccia di riproduzione nell'epitelio della mucosa. Il connettivo della mucosa e gli interstizii connettivali dello strato muscolare sono infiltrati di granuli di ginabro di varia grandezza; qualche piccolo granulo di cinabro trovasi pure nel protoplasma di qualche grossa cellula rotonda che si osserva fra gli elementi connettivali della mucosa. Qualcuna di queste cellule rotonde ha assunto proporzioni gigantesche e contiene più nuclei. Nel pezzo trattato col filo all'inchiostro di china trovasi infiltrazione emorragica della mucosa in vicinanza del decorso del filo e grande dilatazione di vasi; negli interstizii della mucosa ove osservasi una infiltrazione emorragica della stessa trovansi pure frammisti ai globuli rossi dei corpuscoli neri lucenti di inchiostro di china, i quali hanno le identiche dimensioni di un globulo rosso. Gli elementi epiteliali sono in abbondante movimento cariocinetico.

Esperienza XI (23 maggio 1893).

Giovane coniglia nullipara. — In un corno uterino si inietta della paraffina fusa a 45° centigr. e per evitare che la peristalsi uterina l'avesse ad espellere, il tratto da iniettarsi vien prima chiuso fra due lacci; nell'altro corno dell'utero, aperto e raschiato dal lato della mucosa si innesta un piccolo lembo di parete uterina in modo da mettere le due superfici mucose a reciproco contatto; il lembo innestato venne tolto al momento dallo stesso corno uterino, venne pure raschiato dalla

faccia mucosa e venne fissato nella nuova posizione con punti di sutura; la breccia fatta vien chiusa more solito.

Reperto anatomo-necroscopico. — L'animale viene sacrificato 12 giorni dopo l'atto operativo. La parte nella quale si è praticato l'innesto di mucosa si mostra alquanto ingrandita ed avvolta da spesso essudato fibrinoso; il corno uterino nello stesso punto è piegato a forma di ferro di cavallo; da un punto della sutura uterina fa ernia un piccolo corpo rosso che giudicasi essere la mucosa innestata iperemica. Il corno nel quale si iniettò la paraffina fusa, si mostra in tutta la sua estensione notevolmente disteso; la parte di esso che sta all'infuori del punto iniettato è distesa da una raccolta di liquido limpidissimo (idrometra); la parte iniettata con paraffina e racchiusa fra due lacci contiene ancora il pezzo di paraffina; questo ha assunto la forma di un'oliva, ha superficie liscia ed una consistenza rilevante. Piccole parti di questi pezzi vengono distribuiti nel liquido di Müller, nell'alcool assoluto e nell'acido osmico all'1 0[0.

Reperto microscopico. — L'esame microscopico delle sezioni prese dal pezzo in cui si praticò l'innesto di mucosa ci fece rilevare quanto segue: mentre il lembo di mucosa innestato mostrasi alquanto ingrandito ed aderente per un buon tratto alla superfice interna dell'utero, la parete uterina in quella parte sulla quale si è praticato l'innesto è alquanto assottigliata. L'aderenza si può dire che è avvenuta fra i due strati muscolari, perchè in quel tratto ove questa esiste non vi è traccia del connettivo della mucosa. La mucosa fa difetto non solo in tutta quella parte di parete sulla quale la parte innestata ha preso aderenza, ma anche nelle altre regioni che circondano questa.

Nella mucosa che noi diremo parassita per brevità di linguaggio, le modificazioni istologiche riscontrate furono le seguenti: proliferazione dell'epitelio con affondamento notevole dei fondi ciechi ghiandolari; in certi punti le cellule epiteliali sono sostituite da cellule di varia forma e dimensione, talvolta polinucleate; in seno al connettivo della mucosa notasi qua e là infiltrazione emorragica, talvolta diffusa, talvolta a focolai; notasi pure la presenza di grosse cellule rotonde in tutto lo spessore della mucosa, le quali talvolta contengono dei piccoli globoletti più o meno pigmentati della grandezza di un globulo rosso; tal'altra queste cellule contengono delle gocciole di pigmento di varie dimensioni. Sia col metodo di Martinotti, sia col metodo di Flemming, trovai forme cariocinetiche nell'epitelio, nelle grandi cellule rotonde e negli elementi connettivali fissi. In corrispondenza del punto nel quale ha preso aderenza la mucosa parassita, le fibro-cellule muscolari pure mostrano qualche forma cariocinetica e si mostrano infiltrate da qualche grosso leucocito. I vasi enormemente dilatati e per la massima parte a sola tonaca endoteliale mostrano qualche discontinuità nelle loro pareti, si-

mili a quelle che Gottschalk (1) trovò nella parte materna della placenta di donna in via di formazione.

Negli altri due pezzi, quello iniettato con paraffina e quello nel quale si è riscontrata la raccolta liquida (idrometra), il reperto microscopico è pressochè identico e si può riassumere in queste poche parole: l'epitelio più che proliferato mostrasi appiattito ed infiltrato qua e là da qualche piccola cellula rotonda; le cellule caliciformi sono piuttosto abbondanti nel pezzo dell'idrometra; scarsi sono gli elementi in mitosi. Nel connettivo e nello strato muscolare fanno difetto le forme cariocinetiche; non osservansi nella mucosa grandi cellule rotonde.

Per amore di brevità tralascio di far cenno di altre esperienze da me fatte, parte a scopo di controllo e parte eseguite su coniglie di recente sgravate, perchè le prime corrisposero sempre col risultato a quelle ora descritte, e le seconde per la persistenza nell' utero di fatti gravidici non poterono darmi risultati attendibili.

***

Esposte così le esperienze da noi eseguite ed i relativi reperti microscopici riscontrati, riassumiamo in poche parole i fatti più importanti osservati, per vedere quali analogie essi abbiano con quelle modificazioni di struttura che avvengono nella trama uterina della coniglia durante il periodo di gestazione. Come pietra di paragone mi servirò della descrizione dettagliata e progressiva che dà il Clivio (2), delle modificazioni che avvengono in seno alla mucosa uterina della coniglia nei primi stadii di sviluppo della placenta, essendo essa, secondo me, tuttora una delle più chiare e più complete descrizioni.

Cominciando dall' epitelio di rivestimento e procedendo verso gli strati muscolari, ecco quali furono in succinto i fatti da noi esservati.

Epitelio di rivestimento. — In tutte quelle esperienze in cui l'azione dello stimolo si esercita sulla superficie epiteliale della mucosa, il fatto più costante ed il primo a comparire fu sempre la proliferazione epite-

---

(1) Gottschalk. « Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der menschlichen Placenta. » *Arch. f. Gyn.*, 1890.

(2) Clivio. « Contributo alla conoscenza dei primi stadii di sviluppo della placenta in alcuni mammiferi. » « Studî d' Ost. e di Ginec. » Milano, 1890.

liale concomitante a degenerazione dell' epitelio stesso. Accanto alle forme mitosiche degli elementi epiteliali, le quali occupano di solito quella parte che sta rivolta verso il connettivo della mucosa, si osservano fra gli elementi che guardano il cavo uterino, delle forme vescicolari con spiccato carattere degenerativo, ed un detritus che sta a rappresentare il residuo delle cellule epiteliali disgregate (V. Fig. I). In quei festoni della mucosa che stanno verso il mesometro trovansi più abbondanti i fatti di cariocinesi e di degenerazione.

Le cellule epiteliali che rivestono i fondi ciechi ghiandolari, i quali oltre ad essere aumentati di profondità, sono talvolta aumentati di numero, si mostrano come le altre in attivo movimento cariocinetico, ma non mi occorse mai di vedere in esse delle forme degenerative; possiamo anzi dire che la proliferazione loro, anzi che dar luogo alla formazione di parecchi ordini di cellule, come avviene alla superficie dei festoni, abbia per risultato un maggior affondamento dei fondi ciechi ghiandolari; questi fondi ciechi allontanati così dalla superficie libera, non compartecipano a quei processi degenerativi che son tanto abbondanti alla superficie.

In quei tre casi in cui si ripetè l'esperienza di Calderini (1), cioè l' iniezione di paraffina fusa e sterile nelle corna uterine, i risultati che si ebbero furono identici a quelli ottenuti dall'ostetrico parmense, cioè: nei due primi casi in cui non si ebbe la cura di allacciare l' utero nella sua parte situata all' indentro del punto iniettato, la paraffina venne espulsa dalla peristalsi dell' utero; all' uccisione dell' animale in questi due primi casi si trovarono le pareti dell' utero alquanto assottigliate nei punti iniettati, e l' esame microscopico di esse ci fece rilevare la mancanza completa di tutto lo strato mucoso. Addebitiamo all' azione caustina della paraffina, da noi forse iniettata a temperatura troppo elevata, la qualità di questo reperto. Nel terzo caso in cui si ebbe l' avvertenza di iniettare della paraffina fusibile a bassa temperatura (45°), e di chiudere la parte iniettata fra due lacci non molto stretti, il reperto microscopico fu affatto analogo a quello descritto dal Calderini

(1) CALDERINI. « Produzione artificiale delle cellule deciduali. » Estr. dal *Giornale della R. Accad. di Medicina*, Torino 1888.

(questo autore nelle sue ultime esperienze metteva un laccio solo dalla parte che guardava il collo dell'utero), osservai cioè notevole proliferazione ed in certi punti un evidente appiattimento degli elementi epiteliali, i quali pure ingranditi venivano ad assumere un aspetto affatto particolare. Nei fondi ciechi ghiandolari nessuna modificazione. In seno al connettivo della mucosa nei casi trattati col metodo di Calderini, non osservai nessuno di quei fatti che osservai costantemente irritando l'utero con altri mezzi.

In quei punti in cui l'epitelio della mucosa venne raschiato, si è sempre potuto constatarne la riproduzione, all'infuori di un caso in cui la parte raschiata fu coperta da polvere di cinabro (Esp. X). In questo caso forse la grande infiltrazione di granuli di cinabro e di leucociti (grandi cellule rotonde), in seno alla mucosa fu forse la causa della mancata riproduzione dell'epitelio; il Bossi (1) pure riconobbe nell'agglomeramento dei leucociti una causa di ritardo nella riproduzione dell'epitelio. Il processo di riparazione dell'epitelio dopo il raschiamento, anche secondo quello che abbiamo potuto osservare noi, procede collo stesso ordine già descritto dal Bossi, cioè dai fondi ciechi delle ghiandole verso la superfice libera dei festoni, e gli elementi destinati alla riparazione passano gradatamente dalla forma appiattita (1.° grado di sviluppo), successivamente per varii gradi di altezza alla forma cilindrica (completo sviluppo). Riguardo al tempo che impiega l'epitelio a riprodursi posso dire, basandomi sulle mie esperienze, di non aver mai osservato dei notevoli ritardi, come avvenne di osservare al Bossi; anzi posso asserire che dopo otto giorni le superfici raschiate furono da me trovate ricoperte quasi completamente da epitelio neoformato di varia altezza.

Questa differenza di risultati, oltre che potersi spiegare col maggiore o minor grado di sepsi della ferita (al quale è legata una minore o maggiore infiltrazione di leucociti) e colla maggiore o minore eventuale profondità alla quale può essere stato praticato il raschiamento nei miei casi ed in quelli del Bossi, deve secondo me per una gran parte dipendere dalle differenze certamente esistenti sulla rapidità di

---

(1) L. M. Bossi. « Sulla riproduzione della mucosa dell'utero, » 1891.

riproduzione dell'epitelio della mucosa uterina nelle varie specie di animali. Io ho esperimentato sulle coniglie, il Bossi sulle cagne.

Escludendo i casi nei quali si praticò l'iniezione di paraffina e quelli nei quali si praticò il semplice raschiamento della mucosa, se noi confrontiamo quello che abbiamo osservato nell'epitelio della mucosa nelle altre esperienze con quello che osservasi nello stesso nei primi stadii della gravidanza, troviamo che l'analogia è perfetta. Ciò risulta con chiarezza esaminando attentamente la descrizione che dà il Clivio dei primi stadii di sviluppo della placenta materna della coniglia. Per amore di brevità e per togliermi la noia di ripetere con altre parole la stessa descrizione che io ho già data, tralascio di riportare quanto dice questo autore in proposito; il lettore che volesse persuadersi di ciò, lo potrà fare facilmente consultando il lavoro già citato del mio collega. Trattandosi di un fatto fisiologico le modificazioni descritte dal Clivio procedono gradatamente di mano in mano che procede la gravidanza ed a ciascuna epoca di questa corrispondono determinate graduali trasformazioni; invece nei fatti sperimentali da me studiati, quantunque le modificazioni della mucosa procedano con un certo ordine, non siamo però in grado di poter dire esattamente quanto tempo si richiede per produrre artificialmente una determinata modificazione, essendo innumerevoli le cause che ne possano tardare ed affrettare lo svolgimento. Il lettore che fosse desideroso di sapere quanto tempo ha impiegato a prodursi ciascuna delle modificazioni da noi descritte, non avrà che passare in rassegna le esperienze ed i relativi reperti microscopici da me riportati, avendo io avuto cura di mettere per ciascuna esperienza la data dell'operazione e quella dell'uccisione dell'animale.

Connettivo della mucosa. — I fatti più importanti, quelli cioè che secondo il mio parere danno alle modificazioni sperimentali da me studiate un'importanza non dubbia, sono quelli che si osservano in seno al connettivo della mucosa ove, come vedremo, si possono coll'esperimento produrre artificialmente tutte le più complesse modificazioni istologiche che avvengono nell'utero durante la gravidanza. Se noi escludiamo i casi nei quali si è praticata l'iniezione di paraffina e quelli in cui non si ebbe che una reazione parziale, perchè il corpo stimolante o è stato espulso dalla contrazione uterina, o fu insufficiente nella sua azione stimolante (semplice introduzione di fili sterili variamente colo-

rati), noi osserviamo in grado più o meno accentuato il seguente reperto: subito da principio notasi un' infiltrazione di linfa fra le maglie della mucosa (edema interstiziale); per questo fatto gli elementi si mostrano come allontanati l' uno dall' altro ad un esame microscopico; sospeso in questo liquido interstiziale che presto assume aspetto fibrillare, notasi qua e là qualche leucocito (Fig. III). Se cessa in questo momento lo stimolo per l'eliminazione del corpo straniero, tutto in breve tempo ritorna allo stato normale; se invece continua l'azione di questo, sia l' infiltrazione sierosa come quella dei leucociti aumenta, e, mentre in principio erano gli elementi connettivali fissi della mucosa e gli elementi epiteliali quelli che si mostravano in vivace movimento cariocinetico, ora invece questi entrano in una fase regressiva soprafatti dalla trasudazione della linfa plastica e dalla migrazione di leucociti e di qualche globulo rosso. Perdurando lo stimolo nel cavo uterino si osservano in seguito i fatti seguenti: grande dilatazione e neoformazione vasale, notevole ingrandimento, specie dei festoni mesometrali, ove si nota la comparsa di grandi cellule rotonde talvolta modificantesi nella forma, disposte in serie e circondate da spazii chiari nei quali fa difetto la sostanza cementante: questi spazii che si possono benissimo osservare anche nei preparati trattati coi comuni metodi di colorazione, potei renderli più che mai evidenti colla reazione dei sali di ferro da me modificata (1). Le grandi cellule rotonde, come risulta dai reperti microscopici sopra riportati, in certi uteri in cui praticai l' innesto di pezzi di tessuto, le trovai sovracariche di globuletti di pigmento di varia grandezza; in quei casi in cui vi era un po' di infiltrazione di globuli rossi fra le maglie della mucosa, le vidi cariche di piccoli globuletti della grandezza di un globulo rosso ma scarsamente pigmentati; finalmente in quei casi in cui irritai il tessuto uterino con polvere di minio e di cinabro, le trovai cariche di granuli di dette sostanze.

La forma delle cellule nuove arrivate in quelle esperienze in cui l' animale venne ucciso pochi giorni dopo l'operazione (da 3 a 5 giorni), è quasi costantemente rotonda, al massimo vi si osserva un qualche pro-

---

(1) T. Ferrari. « Studio su qualche nuova applicazione della reazione dei sali di ferro alla conoscenza del tessuto connettivo. » (V. avanti, pag. 661).

lungamento protoplasmatico (Fig. II); in quegli animali invece sopravissuti più di otto giorni all'atto operativo essa si fa talvolta irregolare; tali elementi invecchiando si fanno più grossi ed irregolari; il nucleo specialmente aumenta di volume e si fa più colorabile. Le cellule fisse del connettivo, quantunque in principio mostrino una certa attività produttiva, come già abbiamo fatto osservare, in seguito a poco a poco cedono il posto alle nuove arrivate, le quali finiscono per costituire l'elemento preponderante della mucosa. Mentre ciò succede nella parte profonda della mucosa, alla superficie di essa, ove le modificazioni di struttura sono più accentuate, si formano dei veri agglomeramenti di nuovi elementi cellulari, i quali sotto forme e dimensioni diverse si raccolgono specialmente intorno ai vasi venosi enormemente dilatati ed a pareti puramente endoteliali. In quei punti in cui l'agglomeramento dei nuovi elementi è molto accentuato, fanno difetto gli elementi epiteliali di rivestimento; questi dopo aver proliferato abbondantemente nei primi giorni che fecero seguito all'operazione, sopraffatti dalla crescente infiltrazione cellulare sottostante, sono gradatamente andati incontro ad un processo degenerativo (forme vescicolari) e successivamente, di mano in mano che si sono staccati e caduti nel lume uterino, sono stati eliminati dalla peristalsi uterina insieme alle secrezioni della mucosa.

In breve quindi possiamo dire che mentre in principio di ogni irritazione sono gli elementi epiteliali e gli elementi connettivali fissi della mucosa quelli che mostrano maggiore attività formativa, man mano che aumenta la comparsa dei leucociti fra le maglie del tessuto della mucosa, si riduce da una parte la neoproduzione delle cellule connettivali e dall'altra quella degli elementi epiteliali; tanto le une come gli altri cessano di esistere quando l'infiltrazione cellulare ha raggiunto un grado elevato. Il lume dei vasi sanguigni cresce di conserva coll'invasione dei nuovi elementi. Tutto ciò emerge dal confronto che noi abbiamo istituito fra i fatti più recenti coi fatti più antichi osservati nelle nostre esperienze.

Se, come abbiamo fatto per l'epitelio di rivestimento, anche per il connettivo della mucosa istituiamo un confronto fra questi reperti sperimentali con quelli che avvengono fisiologicamente nella trama uterina della coniglia durante il periodo della gravidanza, noi vi troviamo la più perfetta analogia. Di ciò potrà il lettore facilmente persuadersi,

leggendo attentamente quanto è scritto dalla pagina 280 alla pagina 288 del lavoro di Clivio, la cui descrizione come abbiamo già detto, noi l'abbiamo tenuta come pietra di paragone. L'assottigliamento della parete uterina che sta opposta al mesometro (fatto costante nella gravidanza avanzata) noi l'abbiamo ottenuto sperimentalmente una volta sola; ciò non ci deve poi fare meraviglia, quando si pensi che questo assottigliamento, solo effetto della distensione passiva dell'utero, non poteva avverarsi nel nostro studio sperimentale che in quei soli vasi in cui, essendo il contenuto uterino diventato in un modo più o meno rapido, superiore alla capacità del viscere, era necessaria una distensione passiva di questo per rendere possibile il domicilio di quello (Esp. XI).

Strato muscolare. — Per ciò che riguarda lo strato muscolare poche cose abbiamo da dire; in quei punti in cui la tonaca muscolare venne recisa, suturata, od in altro modo irritata, intorno ai fili di sutura od in vicinanza delle parti recise messe a contatto, abbiamo potuto osservare quello che già da Ritschl (1) era stato supposto e che Gluck, Magnus, Volkmann, Smaus (2) ed altri hanno dimostrato: cioè la formazione di una cicatrice alla quale prendono parte attiva anche gli elementi muscolari. Non posso dire però, come avvenne di osservare a Volkmann (3) se il processo di riparazione succeda in principio solo per una scissione indiretta degli elementi muscolari e più tardi si compia per una scissione diretta degli stessi; il breve tempo di vita concesso agli animali da me operati non mi ha permesso di fare una simile osservazione; io non osservai che scarsissimi nuclei di fibre-cellule muscolari in scissione indiretta (forme di anfiastro e di gomitolo). Come effetto dell'azione leggermente stimolante dei fili di sutura, mi venne dato di osservare una volta (Esper. I, Fig. 2) la formazione di cellule giganti; questo fatto venne osservato anche da Ritschl (4) in vicinanza dei punti di una sutura uterina.

---

(1) A. Ritschl. « Ueber die Heilung von Wanden des Magens u. s. w. » *Revue des sciences médicales,* vol. 32.

(2) H. Smaus. « Grundriss der Pathologischen Anatomie. » S. 72 und S. 75, 1893.

(3) R. Volkmann. « Ueber die regeneration quergestreiften Muskelgewebes beim Menschen und Säugethier. » *Beiträge zur Pathol. An. und allg. Pathol.,* 1892.

(4) A. Ritschl, loco citato.

Le cellule giganti da me osservate si trovavano appena all'esterno dello strato muscolare longitudinale, in mezzo al connettivo che sta nel legamento largo.

Le ricerche di Kostenitsch et Wolkow (1) hanno confermato ciò che Ziegler già aveva dimostrato, cioè che stimoli leggeri ma protratti portati in seno ai tessuti, possono con molta facilità dar luogo alla formazione di cellule giganti nelle cavie; lo stesso fatto, ma con minor frequenza avverrebbe secondo i sullodati autori anche nel coniglio.

L'esame microscopico di piccoli pezzi d'utero sui quali non agì stimolo di sorta, pezzi da me tenuti ed esaminati per controllo, non mi fece rilevare alcuna modificazione di struttura; l'unico fatto degno di nota che trovai in essi fu un legger grado di aumento di volume sostenuto dallo stato iperemico della parte; questi pezzi inerti furono da me sempre presi dagli uteri sottoposti all'esperimento da punti situati in vicinanza alle parti operate.

* * *

Fatto questo breve riassunto, ecco quali sono le conclusioni alle quali ci portano i fatti osservati:

I. Considerata la grande analogia che hanno i fatti sperimentali da noi prodotti nell'utero della coniglia con quelli che si osservano nell'utero dello stesso animale per effetto della gravidanza, crediamo logico di togliere alle modificazioni uterine gravidiche ogni carattere di specificità.

II. Se tutti gli stimoli artificiali non servono ugualmente per produrre nella mucosa uterina modificazioni analoghe alle gravidiche, ve ne sono però di quelli che servono abbastanza bene a tale scopo (innesti di pezzi di tessuti).

III. Che gli elementi nuovo-arrivati, quelli che per la loro presenza cambiano completamente l'aspetto della mucosa uterina nei nostri esperimenti e nella gravidanza (cellule deciduali), non sono altro che leuco-

---

(1) Kostenitsch et Wolkow. « Recherches sur le developpement du tubercule expérimentale. » *Arch. de Méd. expérimentale et d'Anatomie Pathol.*, 1 novembre 1892, 6.

citi fuorusciti dai vasi, leucociti appartenenti al gruppo aberrante di Ranvier; questi leucociti arrivati nei tessuti vi si fissano (cellule fissate di Ranvier) modificandosi notevolmente nella forma loro. Le ragioni che ci fanno ammettere una tale origine di questi elementi sono le seguenti:

a) I caratteri morfologici loro: infatti se in un periodo avanzato riesce assai difficile capire dalla forma l'origine di tali elementi, in causa delle grandi e rapide modificazioni alle quali essi vanno soggetti, nei tre o quattro giorni che seguono lo stimolo, la cosa riesce assai facile persistendo ancora in essi la caratteristica forma del leucocito.

b) Il loro modo di disporsi lungo i vasi venosi, sito di elezione per la loro diapedesi.

c) La natura stessa della mucosa uterina, la quale, stando all'opinione di Johnston e di Leopold, sarebbe identica a quella del tessuto adenoide; questo modo di vedere che avrebbe appoggio nell'esperienza di Mechnatscheff, il quale riuscì mediante un'irritazione portata sull'utero ad aumentare la quantità dei leucociti contenuti nel sangue di questo stesso organo, è stato attualmente accettato da Rieder (1) per spiegare la leucocitosi gravidica, mettendo questa sul conto dell'irritatazione uterina provocata dal prodotto del concepimento.

d) Il polimorfismo che, diremo è quasi carattere speciale dei leucociti, giustifica pienamente l'aspetto vario che assumono questi quando usciti dai vasi sono passati fra le maglie del tessuto connettivo della mucosa uterina. Le cellule luteiniche, p. e., secondo His non sarebbero che leucociti immigrati nella cavità del follicolo scoppiato, coll'ufficio di distruggere le emazie in essa stravasate: le cellule giganti, forme assolutamente polimorfe, secondo le idee più moderne non sono che leucociti modificati (Ziegler, Haensell, Koch, Pawlowscki e Dobreklenski, Metchnikoff ed altri ancora).

e) L'aver trovato più volte nel protoplasma delle nuove cellule dei corpi di varia natura [minio, cinabro, pigmento sanguigno, globuli rossi (?)] ci induce pure a credere che esse non siano che leucociti, essendo il fagocitismo la facoltà caratteristica degli elementi incolori del sangue.

---

(1) H. Rieder. « Beiträge zur Kenntniss der leukocytose und verwandter zustände des blutes. » Leipzig, 1892.

Esposti così i fatti da noi osservati e le ragioni che ci fanno accettare l'interpretazione da noi emessa, ecco in breve per ordine cronologico quello che secondo noi avviene nel tessuto uterino irritato con stimoli asettici di una qualche intensità:

I. Iperemia, trasudazione di linfa plastica e conseguente ingrandimento del viscere.

II. Per effetto dell' aumentato afflusso di materiale nutritivo aumentata la facoltà formativa delle cellule (Ziegler e Conheim) osservasi abbondante cariocinesi negli elementi della mucosa.

III. Perdurando lo stimolo si ha infiltrazione di leucociti fra le maglie del tessuto; questi usciti dai vasi si raccolgono nel connettivo lasso perivasale.

IV. Per il durare dello stimolo i vasi venosi si dilatano enormemente e nello stesso tempo si assottigliano in modo da dare un' immagine di laghi sanguigni e di spazii intervillosi. Non possiamo asserire con certezza ciò che avvenne di dimostrare a Gottschalk (1), se cioè perdurando questo stato iperemico nel viscere si possa osservare l' usura della parete di qualche vaso; dai nostri preparati questo fatto non resta dimostrato in modo assoluto.

V. Di mano in mano che questi fatti avvengono intorno ai vasi, le cellule epiteliali e gli elementi connettivali fissi della mucosa, sopraffatti dalla crescente infiltrazione degli elementi incolori, vanno incontro a processo degenerativo.

Questi sono i fatti che sperimentalmente si possono ottenere nel tessuto uterino della coniglia; sono essi identici a quelli che avvengono nello stesso durante la gravidanza? Il confronto da noi istituito coi fatti descritti dal Clivio nei primi stadii di sviluppo della placenta di questo stesso animale, mi pare parli in favore di una grande analogia.

I reperti di Maier, Chiari, Overlach, Rattone, Pfeiffer, Curatolo, di Karg e di Sänger da me ricordati in un altro lavoro (2) avranno certamente una facile spiegazione quando coll'esperimento si sarà dimostrato

---

(1) Gottschalk. « Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der menschlichen Placenta. » *Archiv. f. Gyn.*, 1890.

(2) T. Ferrari. « Cellule simili alle deciduali sulla mucosa tubarica in un caso di salpingite catarrale acuta. » *Ann. d'Ost. e di Ginec.*, Milano 1892.

che nell' utero della donna come in quello della coniglia si possono produrre degli elementi deciduali con semplici fatti irritativi. La stessa così detta degenerazione sarcomatosa della mucosa del corpo dell' utero nei casi di cancro della porzione vaginale del collo, ascritta da taluno alle vere forme neoplastiche (Abel e Landau) e da altri a fatti semplicemente infiammatorii (Fraenkel, Orthmann, Ruge e Veit) avrà, spero, una giusta interpretazione quando si saranno prese in considerazione anche quelle modificazioni di struttura che possono derivare da semplici fatti irritativi.

Ringrazio il prof. Rattone per l'aiuto prestatomi in queste difficili ricerche.

Parma, 11 luglio 1893.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

Fig. I. — Accanto alle forme degenerative degli elementi epiteliali le quali guardano la cavità uterina (parte sinistra della figura), trovansi degli elementi in scissione indiretta in varie fasi di sviluppo. — Microsc. Koristka. Immersione 1"[15. Oc. 4. Tubo a 160 mm. Foglio all' altezza del tavolo. Camera chiara.

Fig. II. — Cellule giganti polinucleate con qualche vacuolo nel protoplasma. Esse sono trattenute in piccoli spazii ove fa difetto la sostanza fondamentale; questa ha aspetto leggermente fibrillare. — Microsc. Koristka. Oc. 3. Ob. 8. Tubo a 160 mm. Foglio all' altezza del tavolo. Camera chiara.

Fig. III. — Leucociti fuorusciti dai vasi e trattenuti in piccoli vani ove fa difetto la sostanza fondamentale; questa ha aspetto finamente fibrillare. — Microscopio Koristka. Oc. 4. Ob. 6. Tubo a 160 mm. Foglio all'altezza del tavolo. Camera chiara.

Fig. IV. — Grandi cellule rotonde col protoplasma scavato da parecchi vacuoli, e grandi cellule di varia forma, contenenti nel loro protoplasma delle gocciole di pigmento. La maggior parte di queste cellule è pure contenuta in spazii chiari ove fa difetto la sostanza fondamentale. — Microscopio Koristka. Immersione 1"[15. Oc. 4. Tubo a 160 mm. Foglio all'altezza del tavolo. Camera chiara.

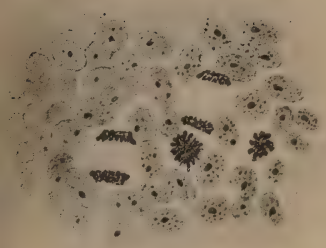


Fig I.

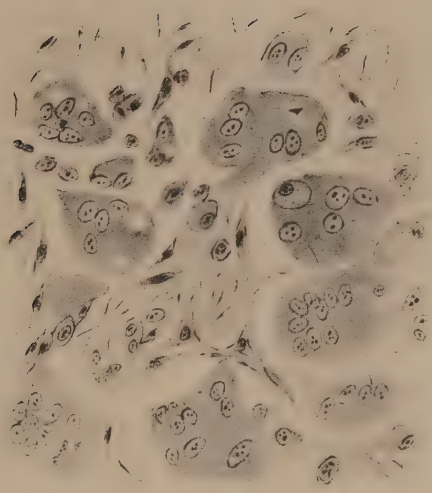


Fig. II.

Fig. III.

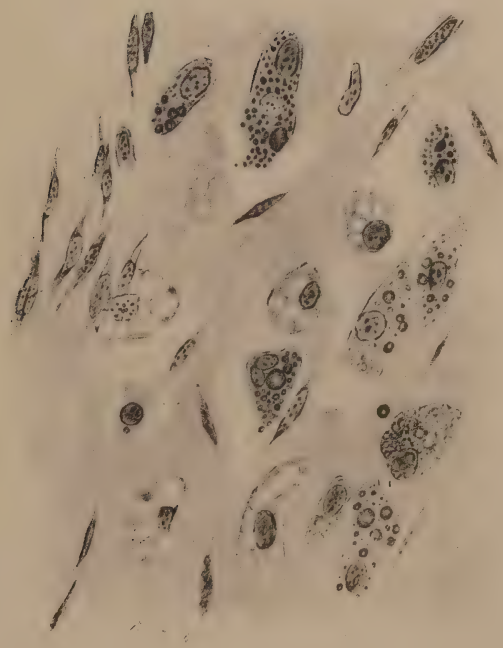


Fig. IV.

Laboratorio di Patologia Generale della R. Università di Parma
DIRETTO DAL PROF. G. RATTONE

Nuova applicazione della reazione dei sali di ferro alla conoscenza del tessuto connettivo

NOTA DEL DOTT. TULLIO FERRARI

Avendo trovato nella reazione dei sali di ferro e specialmente in qualche sua nuova applicazione un utilissimo mezzo per lo studio del tessuto connettivo dell'apparato genitale femminile, metto a conoscenza degli studiosi i risultati di parecchie mie ricerche sull'argomento.

La reazione dei sali di ferro già conosciuta come un mezzo utilissimo per lo studio del tessuto connettivo compatto della cornea [Leber (1)] e di quello dei tendini e dell'aponeurosi lombare della rana [Bizzozero (2)], riesce egregiamente per lo studio di certi dettagli di struttura, non ancora ben conosciuti, delle membrane fetali e delle mucose, vaginale, uterina e tubarica. Per quanto risulta da nostre ricerche, non è indispensabile che i pezzi siano sottoposti freschi al reattivo. Parecchi dei liquidi più adoperati in microscopia non servono per conservare a lungo i tessuti da sottoporsi alla reazione (liquido di Kleinenberg, alcool assoluto ed alcool ad 1[3]); invece serve egregiamente allo scopo il liquido del Müller, il quale presenta inoltre il grande vantaggio di facilitare la

(1) LEBER. « Zur Kenutniss der imprägnationsmethoden der Hornhaut und ähnlicher Gewebe. » *Archiv für Ophthalmologie*, Bd. XIV, S. 300, 1868.

(2) BIZZOZERO. « Sulla struttura del tessuto tendineo. » *Morgagni*, 1870.

dissociazione di certe parti da studiarsi. Le membrane fetali, il peritoneo e le mucose di tutto l'apparato genitale, si possono con facilità studiare separatamente nei pezzi conservati nel liquido di Müller, staccandone con delicatezza col mezzo delle pinze quella parte che si vuol osservare al microscopio. La reazione sui pezzi di membrane conservate in questo liquido, si fa collo stesso metodo già indicato dal Bizzozero per lo studio dell' aponeurosi lombare della rana allo stato fresco, avendo però cura di lavare previamente in acqua distillata il pezzo prima di sottoporlo alla reazione. I pezzi di membrana così trattati si possono montare in glicerina, ovvero, dopo che sono stati disidratati, in damar xilolico.

Per rendere proficuo lo studio anche per gli organi non trasparenti, applicai la reazione in massa su pezzi di vagina, di utero, di ovidotto e di ovaia; dopo non pochi tentativi ottenni dei risultati che mi portano alle seguenti conclusioni:

1.° Organi non eccedenti lo spessore di un millimetro, quando siano stati conservati nel liquido di Müller, si prestano egregiamente alla reazione in massa.

2.° Per le reazioni in massa le soluzioni deboli dei sali (0. 50 0[0) ed il soggiorno protratto in esse, servono meglio delle soluzioni più forti (1 0[0) coll' immersione di breve durata.

3.° Si può aumentare la penetrazione della reazione mantenendo a 45° centigr. costanti le soluzioni nelle quali sono immersi i pezzi.

4.° La durata dell'immersione, specialmente per i pezzi composti di tessuto compatto, può essere di 24 ore per il primo reagente (solfato protossido di ferro 0. 50 0[0) e di sei ad otto ore per il secondo (ferricianuro-potassico 0. 50 0[0); tale immersione protratta non porta danno alla preparazione. Questi pezzi si lavano dopo in acqua distillata finchè non cedono più colore, si disidratano e dopo, inclusi in paraffina, si prestano ottimamente per lo studio delle sezioni in serie.

La reazione dei sali di ferro facendo presa sulla sostanza cementale dei tessuti e lasciando completamente incolori tutti gli elementi cellulari, disegna nel preparato tanti vani di varia forma e dimensione che corrispondono a contorni cellulari ed a lumi vasali. Il lume dei vasi anche più fini (capillari) si potrà sempre distinguere da ogni altro spazio avente un altro significato, perchè il primo è costantemente spalleggiato da un ordine di cellule endoteliali; queste cellule endoteliali

nei preparati sottoposti alla reazione si rilevano come piccoli spazii chiari ovali, fortemente appiattiti, col loro maggior asse disposto parallelamente al lume dei vasi stessi.

La rete vascolare, sia sanguigna sia linfatica, non solo vien messa in evidenza come con qualsiasi buona iniezione, ma restando incoloro il lume dei vasi, si possono benissimo studiare questi in rapporto col loro contenuto.

Colla colorazione successiva col carminio alluminato e col picro-carmino di Ranvier, si possono distintamente colorare gli elementi negli spazii rispettivi. Se si sarà adoperato il carmino alluminato, si avrà la colorazione del solo nucleo dell' elemento e rimarrà fra questo ed il contorno dello spazio una zona chiara di varia forma e dimensione, occupata dal protoplasma cellulare rimasto incoloro (1); se invece si sarà adoperato il picro-carmino di Ranvier il nucleo assumerà una tinta rossa vivace e tutto il resto dello spazio una tinta rosea omogenea.

Nel tessuto connettivo lasso colla reazione si mettono nettamente in evidenza degli spazii chiari a forma di fessure irregolari ramificate, che stanno a rappresentare gli spazii interorganici di Ranvier (2) e di Renaut (3); questi spazii seguono quasi sempre il decorso dei vasi. Le fibrille della sostanza fondamentale e le fibre elastiche si distinguono nel fondo bleu della preparazione per la tinta più scura che assumono.

Avendo in animo di dare in una prossima pubblicazione la descrizione dettagliata di qualche particolarità di struttura, messa in rilievo col metodo indicato nelle membrane fetali e nelle mucose dell'apparato genitale femminile, mi limito in questa nota a riportare a solo titolo di prova del metodo, l' immagine degli elementi connettivali fissi di un corpo luteo antico di vacca. I numerosi prolungamenti protoplasmatici degli elementi connettivali costituiscono un reticolo complicato; i corpi cellulari non sono colorati (V. Figura annessa). Questa intricata disposi-

---

(1) Queste stesse zone negli elementi fissi del connettivo aventi forma stellata costituiscono nel loro insieme il sistema dei così detti Saftkanälchen di Recklinghausen. — F. Recklinghausen. « Die Lymphgefässe und ihre Beziehung zum Bindegewebe. » Berlin, 1862.

(2) Ranvier. « Traité technique d'hystologie, » p. 342.

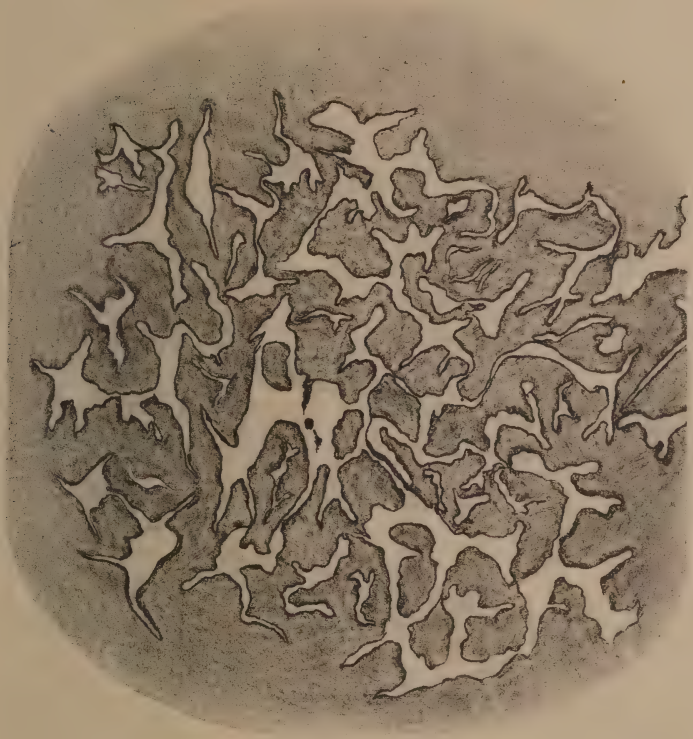
(3) Renaut. « Traité d'hystologie pratique. » Paris, 1893, p. 229.

zione, non rilevata fino ad ora da altri, è facilmente messa in rilievo dal nostro procedimento usato per le reazioni in massa. L'evoluzione del corpo luteo, ovvero la lenta sostituzione delle cellule connettivali provenienti dalla tonaca fibrosa esterna ed interna del follicolo di Graaf alle cellule luteiniche, può col nostro processo essere ottimamente dimostrata.

Chiudendo questo scritto sento il dovere di ringraziare il prof. Rattone che mi ha consigliato queste ricerche.

Parma, 4 luglio 1893.

Microscopio Zeiss Ob. D. Oc. 4. Tubo chiuso. Camera chiara.
Foglio all'altezza del tavolo.



COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. L. Mangiagalli.

Osservazioni anatomo-cliniche-sperimentali sopra i flemmoni pelvici e le ovaro-salpingiti

E SULLA LORO CURA

PEL

Dott. GIUSEPPE GIGLIO

(Continuaz. e fine, vedi pag. 518).

Dal complesso delle mie osservazioni sperimentali, e dalle conclusioni dettate alla fine della prima parte del mio lavoro (1), io deduco consigli pratici, che mi obbligano a dare uno sguardo alle indicazioni curative dominanti.

Dell'epoca, in cui il trattamento chirurgico dei flemmoni e degli ascessi pelvici era temuto, per la paura di ledere gli organi vicini, non è certamente a parlare. Si sa che le donne affette restavano in balìa di cure palliative e poco razionali. Esse deperivano mano mano, finchè o soccombevano a infezioni lente o a peritoniti gravi, o rimanevano tormentate da fistole profonde ed incurabili.

Il Lawson-Tait, convinto dei vantaggi di una cura pronta ed efficace nelle affezioni pelviche, aprì la via all'intervento chirurgico, ed il Terrillon propagò le idee di lui, incoraggiando con l'esempio. Fu egli difatti, che aprì la prima volta in Francia il ventre d'una donna, per ascesso pelvico. Dopo si succedettero frequenti le laparotomie, che divennero comuni con l'acquisto e col perfezionamento della antisepsi prima e della asepsi di poi. Vari processi chirurgici, per la cura delle flemmasie e delle suppurazioni pelviche, sono nati dalle conoscenze, che

(1) *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* pag. 415, maggio 1893.

dettò la laparotomia sulla pelvi, ed i vantaggi, che ci hanno procurato i laparotomisti, nel differenziare una affezione pelvica dall'altra e nell'attaccare una malattia, senza pericolo e danno degli organi vicini, manterranno sempre il favore alla cura chirurgica, salvo a subordinarla ad un processo od all'altro, ma questa non sarà certo indispensabilmente legata alla laparotomia o alla mutilazione totale o parziale d'un organo.

Si è discusso per molti anni, da Lawson Tait, da Cornil, da Terrillon, da Doléris, da Leopold, da Martin e da molti altri ginecologi, circa all'intervento nello ovaro-salpingiti e al tempo più adatto (1).

Lo studio dei fenomeni clinici e delle lesioni anatomiche potrà dare la guida all'intervento, ma questo deve essere anche designato dal tempo.

Entro un dato periodo di tempo non esistono alterazioni gravi, o tali da nuocere alla funzionalità dell'organo, nè vi sono sofferenze, siffattamente intollerabili, da spingere ad una chirurgia demolitrice, quindi l'intervento, che ha per scopo la demolizione, deve essere ritardato più che si può.

Volendo dare una sguardo rapido a quello, che si è fatto sul proposito in pochi anni, si potrebbe raccogliere una ricca sequela di nomi di ginecologi distinti, che hanno preso in serio esame l'argomento.

Il Barth (2), riferendo alcuni casi di salpingite, appoggiandosi sulla autorità di Terrillon e di Lawson Tait, propugnò l'ablazione degli annessi, allo scopo di togliere le sofferenze, determinate dalla compressione del tumore, dal dolore, dalla febbre, dalle nervosità, dalla impossibilità al lavoro.

Il Péan nel 1890 (3) subordinava la terapia dell'utero e degli annessi all'estensione e alla gravità della suppurazione degli annessi; della incisione per vagina, nelle raccolte tubariche, cistiche, con aderenze profonde, e del drenaggio vaginale ed uterino se ne serviva come completamento di cura. Egli diceva allora che all'abuso della castrazione tubo-ovarica addominale, non rispondevano gli effetti, spessissimo l'atto operativo si rendeva insufficiente.

---

(1) *Gaz. méd. de Paris,* 29 marzo 1890, f. 13.

(2) *Archives générales de médecine,* febbraio 1890, p. 236. Riassunto di una rivista degli *Archives d'Obst. et de Gynéc.*, juin 1889.

(3) *Revue des Science médicales,* Hayem, 15 gennaio 1890.

Il Rizkallah nell'analizzare (1) i diversi metodi curativi delle salpingiti, censurava il numero considerevole di salpingectomie, eseguite per salpingiti di qualunque natura e gravità, e lamentava che prima non si ricercassero i mezzi di terapia più semplici e meno pericolosi. Riportava a proposito nell'aprile 1889, 17 osservazioni di affezioni degli annessi, guarite con trattamento semplice.

Dal confronto che egli stabiliva tra i diversi processi chirurgici ricavava delle conclusioni accettabili e tra i metodi più razionali di cura, allorquando la diagnosi è fatta, egli metteva la laparotomia, con drenaggio consecutivo o senza, contemporaneamente protettore ed emostatico, per evitare emorragie e diffusione di principî settici.

La scelta tra la salpingectomia e la incisione semplice della salpinge deve essere subordinata alla gravità dei fenomeni ed alle alterazioni concomitanti dell' ovaio (degenerazione policistica a preferenza).

Lo Schauta, il Gusserow, il Freund, hanno preferito quasi sempre il trattamento sintomatico nei casi lievi ed hanno ricorso al chirurgico semplicemente quando le sofferenze si sono imposte (2).

Lo Schauta difatti pubblicava anni addietro che in 18 casi aveva trovato solo 5 volte l'indicazione chirurgica ed il Gusserow sopra 31 laparotomie, praticate per salpingiti, aveva trovato 10 volte solamente l' indicazione per l' annessiotomia.

Il Freund ed il Leopold insistono tuttavia a limitare l'intervento chirurgico, e nel discutere i diversi metodi di cura, danno la preferenza ai metodi conservatori (3).

Lo Championnière, guidato da concetti propri e dopo lui, parecchi altri, nella convinzione che la salpingite isolata sia fatto raro, impiegano ordinariamente l' intervento laparotomico a scopo conservatore. Se ne

---

(1) Hayem, aprile 1889, p. 545. « Ueber die Diagnóse des Fruhstadien crhonischer Salpingitis. » SCHAUTA prof. a Praga (ora a Vienna), *Archiv. für Gynäc.* — « Erfahrungen ueber Pyosalpingx und deren operative Entfernung. » A GUSSEROW. Ibidem, 33, 2. — « Ueber die Indikationen zur operativen Behandlung der Erkrankten Tuben. » W. A. FREUND. *Samnul Klin. Vort.*, N. 323. — *Ann. di Ostetr. e Ginec.*, aprile 1892, p. 306. LEOPOLD prof. a Dresden.

(2) PHITA e BILLROTH. « Trattato di patologia chirurgica » edizione tedesca. — « Die Kranheiten der Tuben der Ligamente und der Becken Peritonaüms von Ludwig, Bandl » p. 3 a 90, V. 4, 1. A.

(3) Molti di questi autori hanno pubblicato recentemente delle statistiche con risultati tali da essere obbligati a modificare i concetti annunziati tempo addietro, però lo Schauta nel congresso di Breslavia (luglio 1893) confessa che non tutte le donne operate guarirono radicalmente.

servono cioè per distaccare le aderenze e ridare la posizione e la mobilità alle trombe, salvo i casi in cui le alterazioni delle salpingi e dell'ovaio impongano la demolizione.

Essi hanno pubblicato parecchi casi di semplice distacco di aderenze con ottimi risultati; tra loro sono il Polk e il Martin.

Il Quenu sopra 11 donne ammalate ha visto guarire 5 col solo riposo e colla doccia vaginale calda, una con l'incisione semplice della raccolta, le altre col drenaggio.

Il Bandl (1) discutendo sulla cura delle salpingiti, riconosce l'utilità di taluni mezzi, che risparmiano i pericoli di operazioni gravi ed accorda una grande fiducia al cateterismo delle trombe, ove si possa spogliare dalle difficoltà grandi e spesso insormontabili di sondarle, specie quando sono prolassate.

La letteratura ci fornisce molti nomi tedeschi, italiani, francesi, inglesi, i quali lottano per limitare la chirurgia demolitrice, che lamentano di essere caduta nello eccesso, ed accordano la preferenza alla cura medicamentosa (2).

Il Richelot per l'abuso della annessiotomia per ovidutti ed ovisacchi infiammati, domanda perchè non si è mai castrato l'uomo per orchite, essendo i processi patologici della stessa entità.

Il Bernutz che fu uno dei primi a conoscere e a descrivere la piosalpingite, non pensò alle indicazioni chirurgiche.

Il Leopold (3) in una pubblicazione del 1891, parlando del trattamento delle salpingiti ragionevolmente dice, che il semplice reperto di raccolta tubarica, non è motivo sufficiente per passare all'amputazione della tromba, e senza combattere il trattamento chirurgico, deplora che molte donne per semplici dolori ed emorragie, vengano mutilate.

Parecchi di questi nomi che abbiamo enumerato tra la schiera dei

---

(1) PHITA e BILLROTH (loco cit.) *Morgagni.* — CRUVEILHIER. « Anat. pat., » T. 1, liv. 13, p. 5. *Archiv. für Gyn.*, 1888, p. 166. — « Tuben sondirunggänner. » Zwei Fälle, 1887. *Archives de Physiologie norm. et patholog.*, 1887, p. 529. — *France médical.* Congresso francese di chirurgia, seconda seduta, 1889. « Risultati immediati e lontani delle operazioni praticate per le tubercolosi, » p. 1426. — Ibid., Società di chirurgia, seduta 5 dicembre 1888. « Salpingite, patogenesi e trattamento, » p. 1739. — *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* 1892, dott. POLACCO, assistente del prof. Mangiagalli, Milano.

(2) *Archiv. für Gyn.*, Bd. 40, Neft. 1, Berlin 1891. « Ueber Tuben säcken, etc. »

(3) Hayem, 15 ottobre 1889, N. 68, p. 576, dal *Bullettin de l'Acad. de Méd.*, 16 juillet 1889.

conservatori siamo costretti richiamarli più tardi, quando per convinzioni modificate, sono divenuti ferventi e convinti annessiotomisti.

Uno dei primi e dei più convinti annessiotomisti è stato il Terrillon (1) il quale in due anni e mezzo laparotomizzò 50 donne per salpingite catarrale, emorragica, purulenta, tubercolare. In 32 tolse le trombe e le ovaie, in 12 gli annessi d'un sol lato, in 6 praticò la sola spaccatura e lasciò il drenaggio. Ottenne 34 guarigioni complete, 10 miglioramenti, 2 insuccessi, 2 decessi per rottura del sacco.

Egli sostenne anche l'ablazione nelle salpingiti catarrali, semplici, con aderenze od ispessimenti delle pareti delle trombe, e pur accettando le conseguenze della rottura delle raccolte purulente ed i disturbi vari, che lasciano le salpingiti emorragiche, non sa rinunziare alla ablazione degli annessi, quando sono ammalati ed infruttuosi (2).

Quando il Tait pubblicò i risultati dei suoi primi successi e fu severamente biasimato ed accusato di volere impunemente castrare le donne, sorse il Terrillon a scagionarlo, sostenendo che qualunque organo, si renda inutile, o dannoso alla vita, deve essere soppresso.

Queste due condizioni (3), come egli diceva, siccome l'offre l'ovarosalpingite, è necessità adattarvi la legge; del resto non bisogna rinunziare al progresso di trasportare la cura di queste affezioni nel campo chirurgico, perchè attendere la guarigione spontanea è pericoloso od inutile.

Il Terrier difese la necessità dell'ablazione dal lato dei pericoli inerenti alla malattia stessa, come sarebbe a dire la peritonite pelvica e la peritonite generale. Egli riferì (4) parecchie ablazioni per salpingiti semplici, suppurate, complicate, e guarite tutte quante.

Il Gusserow, che in tre anni praticò 31 laparotomie per ablazioni di annessi, non nascose il fatto, che per la quasi costante perimetrite concomitante, restano sempre delle sofferenze dopo l'operazione.

Il Routier, fautore della ablazione, accorda almeno l'aspettativa di tre anni per passare alla demolizione. Ed ha ragione invero, perchè in tre anni un processo infiammatorio, ostinato quanto si voglia, va a guarigione, con una cura razionale, o peggiora.

---

(1) *Bullet. et mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris,* N. 3, febbr. 1890.

(2) *Annales de Gynéc. et Obst.,* avril 1891. Comunicazione al Congresso francese di chirurgia.

(3) Terrillon nella seduta del 27 settembre 1887 a proposito di 3 casi di salpingite.

(4) *France Médicale,* Seduta del 5 dicembre 1888 della società chirurgica.

È superfluo riportare tutte le ablazioni di annessi, che sono state fatte in meno di un decennio, quando i meno entusiasti, contano già un buon numero nei loro rendiconti (1). Nella sola clinica ostetrico-ginecologica di Vienna, diretta dal prof. Chroback negli anni scolastici del 1889-92, si contarono già 106 ablazioni di annessi, e molte ne ho potuto osservare assistendo io stesso l'atto operativo.

La percentuale della mortalità, che non supera in generale il 6 0[0 e spesso è ridotta al 2 1[2 (2) circa, lascia soddisfatti in quanto riguarda i risultati immediati, se si pone attenzione, che i decessi sono dovuti ad infezione, a tetano, a lacerazioni dell'intestino e del peritoneo, cause che si possono evitare, essendo rigorosi nelle manualità e nell'antisepsi.

Ma i risultati postumi, che lasciano molto a desiderare, non mantengono un rapporto soddisfacente, e dalle risposte avute, dal dottor Rosthorn, ora professore a Praga, allora 2.° assistente nella seconda clinica ostetrica di Vienna, e dal prof. Martin di Berlino, a talune delucidazioni, chieste in proposito, avevo potuto arguire che le demolizioni degli annessi dovevano subire un ribasso. Del resto anche nell'anno scolastico 1891-92, io vedeva in Germania, che l'entusiasmo era di gran lunga scemato.

Sui risultati lontani non fa d'uopo aspettare che le statistiche si arricchiscano maggiormente, giacchè l'opinione dei più grandi ginecologi si è già dichiarata, da taluni dei quali non volendosi tornare indietro, si fa un passo più avanti, si va cioè ad un processo molto più radicale (3).

L'annessiotomia e la sua tecnica operativa sono legate ai nomi di Hegar, di Battey, di Martin, di Lawson Tait, di Gusserow, di Kaltenback, di Schroeder, di Sänger, di Leopold, di Terrillon, ecc.

È inutile che io spenda delle parole per descriverla e che entri nei

---

(1) La *Gazzetta med. di Parigi*, 1888-89. — *Deutsche Med. Zeitung*, 14 marz 1887. — La *France médic.*, déc. 1888. — *L'Archiv. für Gynäkol.*, « Vierzig Fälle von abtragungund. Entfernung der Anhange der Gebärmutter. » — Si riportano anche dei casi di Munster, di Championnière, di Richelot, di Quenu, di Rosthorn e Chroback e di alcuni altri.

(2) *Semaine Médicales*, ottobre 1892. — M. H. Delagenière (du Mans) in 18 laparotomizzate perdette una sola operata, 5. 55 0[0 di mortalità. — M. Richelot (du Paris) porta il 6. 25 0[0 di mortalità, ma vi comprende casi operati in *extremis* e casi di suppurazioni secondarie a fibromi. — M. Jacobs in 159 laparotomie per suppurazioni degli annessi ebbe 3. 7 0[0 di mortalità e in 61 isterectomie 3. 2 0[0 di mortalità. — Doyen in 56 laparotomie 6 morti.

(3) Consulta i risultati del Congresso di Bruxelles 1892 e di quello di Breslavia 1893.

dettagli del come bisogna procedere durante l'atto operativo, è più utile analizzare gl' inconvenienti ed i pericoli, cui si va incontro in taluni casi.

Le complicazioni più importanti delle ovaro-salpingiti, sono le aderenze, che contraggono spesso le trombe tra di loro e cogli organi e tessuti vicini. Esse sono causa nel distacco delle aderenze, di lacerazioni, che possono dar luogo ad emorragie gravi, le quali non sono state nemmeno frenate dal tamponamento, oppure di perforazioni intestinali. Il Routier dovette ricorrere una volta all'isterectomia per frenare l'emorragia. Il Chroback ebbe 3 casi di morte per perforazione del retto, lesionato, nel distacco delle aderenze.

Non metto a calcolo il pericolo della emorragia, che qualche volta è sopravvenuta dai monconi, dopo chiusa la ferita addominale, perchè l'operatore accurato, deve soddisfare a tutte le esigenze dell'arte, assicurando bene i monconi.

Non dò neanche peso al pericolo della infezione, proveniente dall' utero, specie se il taglio della salpinge cada in vicinanza del corno uterino, perchè ogni operatore sa che deve allontanare il laccio, più che può dall'angolo uterino e cauterizzare, se vuole, la superficie di sezione. Attribuisco invece il maggior pericolo alla rottura del sacco cistico, nel momento che si trasporta fuori della ferita addominale, accidente, che non può evitare la valentia del chirurgo.

Se il contenuto è virulento, la più scrupolosa pulizia della cavità addominale, non assicurerà dell'esito.

Neppure l' irrigazione generosa sarà sufficiente a pulire le numerose anfrattuosità, che formano le anse intestinali. A questo accidente specialmente è stata rivolta l' attenzione degli annessiotomisti in questi ultimi anni; e nel congresso tenuto a Breslavia in luglio 1893 lo Schauta ha insistito sulla necessità dell'esame batteriologico durante l'operazione. Le statistiche da lui presentate danno molto valore al fatto di potere differenziare una raccolta dall' altra. Egli difatti ha avuto il 2. 8 0[0 di mortalità nei casi semplici, ove non ha trovato pus; il 20 0[0 dove si trovavano streptococchi e stafilococchi; il 9 0[0 dove si trovavano solo gonococchi.

L'annessiotomia non è perciò un'operazione facile, nè il segreto della buona riuscita, sta semplicemente nel consiglio di Gusserow, di evitare cioè la fuoruscita delle anse intestinali, col fare una incisione addomi-

nale molto piccola; se questa evita un solo inconveniente, che non succederà in mano di un assistente intelligente e solerte, accresce le difficoltà nella esplorazione del cavo pelvico, e nella lussazione della salpinge al difuori, per cui si è obbligati lavorare nell'addome più a lungo, e con manualità più brusche e più pericolose, che provocano spesso la rottura del sacco o lacerazioni.

I risultati immediati della operazione, che oscillano intorno al 3 0[0 di mortalità, anzi meno del 3 0[0, per il Tait il 2.43 ed il 3.77 per Chroback, 1.42 per Zweifel, un poco più per molti altri, non giustificano l'operazione stessa.

Oramai è saputo che i postumi operativi, o meglio i risultati lontani non sono soddisfacenti. Certamente vi saranno dei casi, in cui la guarigione si ottiene radicalmente, ma questi non formano la maggioranza.

Io non combatto l'operazione dal lato morale, erotico ed economico, invocando i lamenti di quelli, che dicono, che la donna perda gli attributi femminei, i caratteri fisici della giovinezza ed il senso erotico, e che la società perda un contingente delle sue forze future; spetta agli economisti ed ai moralisti discutere questa parte; io l'attacco dal lato del pericolo di morte, che da essa non si può scompagnare, per le conseguenze di lacerazione dell'intestino, della vescica, per lo spargimento di pus nel cavo peritoneale e più ancora dal lato delle sofferenze, che resteranno o saranno peggiori dopo questi accidenti.

Non so uniformarmi alla spiegazione, che fornisce il Tait, riguardo ai dolori che persistono o sopraggiungono dopo l'operazione.

Per lui cessano queste sofferenze quando si atrofizzano i nervi del moncone, nel modo stesso come succede nel moncone degli arti amputati. Però in questo caso vi hanno dei grossi tronchi nervosi, che restano impegnati nella cicatrice o nei tessuti nuovi, mentre nell'altro non vi saranno che sottili filamenti, i quali dovrebbero andare presto in atrofia. Credo meglio che i dolori, nel moncone della salpinge amputata, sono mantenuti nel primo tempo dal filo, che strozza i tessuti in massa e dopo dal connettivo cicatriziale, che viene a ricoprire la superficie di sezione. Le altre sofferenze di poi, lamentate dalle operate, credo siano determinate invece dalle modificazioni di statica, che subisce l'utero, per l'accorciamento degli annessi e dei legamenti. Condotto l'utero, forzatamente in avanti ed in alto, è obbligato ad assumere una posi-

zione diversa di prima, specialmente se i monconi degli annessi vengono fissati.

Ho ripetuto diverse volte la prova sul cadavere ed ho visto, che sia che si fissino i monconi alla ferita, sia che si abbandonino, la posizione fisiologica dell'utero non è più ripresa.

Per aggiunta lo stiramento dei legamenti larghi, quando si fissano, stabilisce nella pelvi degli avvallamenti o saccocce e degli ostacoli o gradini, che per una ragione qualunque potranno rendersi cagione di strozzamento.

I disturbi riferibili all'appetito sessuale, per l'artificiale menopausa, sono d'ordine molto secondario; del resto il Tait dice, che sono passeggieri e che dopo un certo tempo la donna torna volonterosa agli amplessi venerei ed ai contatti sessuali. Prima di essi io colloco l'impedimento al lavoro e la mancanza assoluta d'accoppiamento per dolori.

Se questi difetti sono vinti, gli altri perdono d'importanza.

La quistione morale ed economica, che non posso affrontare, dipende dalla sterilità obbligata a cui si condanna la donna. Per discutere di essa bisogna prima stabilire il rapporto tra la sterilità cagionata dall'operazione e quella prodotta dalla malattia.

Si è sostenuto che una tromba ammalata non è più adatta alla fecondazione; ma io ripeto quello, che più innanzi ho detto, che per rendersi l'organo incapace alla sua funzione o deve occludersi o deve passare per una serie di processi distruttivi e degenerativi (1). Secondo queste idee, la sterilità non sarebbe così frequente, come si dice, e la indicazione demolitrice diverrebbe ancora più rara.

Abbiamo parlato finora sulla laparotomia seguita dalla annessiotomia, esaminiamo ora la laparotomia, eseguita per la fissazione e il vuotamento della raccolta, che ha scopo conservativo.

Siccome la laparotomia, per sè sola, fatta con tutto il rigore di asepsi, non dà pericoli, non la mettiamo a calcolo. Vediamo piuttosto i pericoli ed i vantaggi, derivanti dalla fissazione della salpinge e dallo svuotamento di essa.

---

(1) Appartengono a questa classe la salpingite obliterante e le cisti tubo-ovariche, di cui il Rosthorn fa tre categorie. « Collezione italiana di letture sulla medicina. » Serie VI, N. 9, 10, 11. Vallardi. — « Contributo allo studio anatomo-patologico e clinico delle malattie della salpinge, » pag. 465-66. — ROSTHORN. « Uber Tubo-ovarialcysten-Kong fur Geb; und Gyn. zu Bonn. » *Cent. fur Gyn.*, p. 515.

Una tuba dilatata per raccolta, anche aderente alla pelvi, non sarà sempre difficile avvicinare alle pareti per fissarla, e lo svuotamento allora col taglio o coll'aspiratore non racchiude alcun pericolo; ed ammessa impossibile la fissazione, l'aspirazione del liquido a ventre aperto è sempre possibile e facile e niente dannosa.

I risultati, che ho visto ottenere dal Mangiagalli sono soddisfacentissimi, senza che sia altra volta ritornata in campo la raccolta.

Questo sistema di cura non vieta al condotto di riprendere la primitiva funzione, se persiste la pervietà e se i tessuti non sono grandemente alterati. La rottura del sacco, il versamento di liquidi purulenti nella cavità addominale, le lacerazioni del peritoneo e delle sierose rettale e vescicale, le ulcerazioni consecutive di questi organi, sono in tal modo scongiurati. Tutti gli altri mezzi, che possono anche far parte della cura radicale, sono da ritenersi come succedanei alla laparotomia.

La dilatazione dell' utero e il drenaggio, il raschiamento e il tamponamento, il sondaggio delle trombe e la cura medicamentosa, endouterina, vaginale e generale, devono essere espletati prima di qualunque altra cura. Nè hanno fondamento le obbiezioni, messe avanti da taluni, perchè alle modalità ripara l' ingegno del curante.

Non è serio difatti dire che per ottenere una discreta dilatazione dell'utero, la laminaria è insufficiente, non dilatando essa che il solo collo dell' utero, perchè noi possiamo dilatare l' utero colle sonde metalliche, fino al punto di esplorare la cavità col dito, del resto l'ostacolo al vuotamento della salpinge dalla parte dell' utero, non credo provenga dalla insufficiente dilatazione dell' utero, ma dal rigonfiamento ed iperplasia della mucosa uterina, che circonda lo sbocco uterino della tromba. Ed allora sono il raschiamento e la medicatura iodica o all' ictiolo, che modificando la mucosa, possono rimuovere od attenuare l' ostacolo, e il drenaggio colla garza al jodoformio, che per il potere assorbente, mantenendo il filtro permanente, condurrà alla guarigione.

Che questi mezzi di cura siano razionali, lo prova il fatto, che spesso constatiamo, nelle ritenzioni delle salpingi, di vedere di tratto in tratto vuotarsi spontaneamente dalla via dell' utero una buona quantità di liquido purulento e sieroso.

L'occlusione del condotto dalla parte dell' utero, in modo permanente, è assai difficile, per le ragioni innanzi esposte; essa è quasi sempre temporanea, e prodotta dal rigonfiamento della mucosa, che si oppone

colle sue pliche al passaggio del liquido, finchè il soprappieno della tuba non stimoli le fibre muscolari a contrarsi, per vincere la resistenza della mucosa. Però questa argomentazione non distrugge la possibile chiusura del lume. Questi casi rientrano allora nella cura chirurgica.

La speranza di riassorbimento del liquido non sarebbe fuori di logica, ma essa deve avere sempre limiti ristretti.

Il cateterismo della tromba, se non fosse per le gravi difficoltà e per i pericoli di perforazione delle pareti, sarebbe il più logico trattamento. È veramente doloroso rinunziarvi, perchè se fosse possibile spogliarlo dalle difficoltà e dai pericoli, i mezzi cruenti passerebbero in seconda linea.

Ritenuti insufficienti i risultati definitivi dell' annessiotomia, e di tutti gli altri mezzi chirurgici di cui si è parlato, per le sofferenze che affliggono sempre dopo le inferme, i ginecologi più arditi hanno ideato un sistema di cura più razionale, quello cioè di sopprimere contemporaneamente l'utero cogli annessi ammalati. Nel congresso tenuto a Bruxelles (1), l'argomento è stato largamente discusso e da molti caldeggiato. Ma in mezzo alle idee radicali è sorta anche la nota moderatrice, la quale lamentando gli eccessi e lodando i vantaggi della cura chirurgica ha cercato di dare a questa il posto che le spetta. Segond, che ha riferito sul tema « *Suppurazioni pelviche* » (2), comprendendo con questa denominazione tutti i fatti patologici, caratterizzati dalla presenza di pus nella pelvi della donna, ha strenuamente difeso l'esportazione dell'utero cogli annessi dalla vagina, avvalorandone i vantaggi sulla annessiotomia per mezzo della laparotomia con dati statistici.

---

(1) Settembre 1892. *Semaine Médicales.*

(2) Segond ha evidentemente esclusi i flemmoni o gli adeno-flemmoni pelvici, i quali non hanno ancora dato luogo a formazione di pus. La suppurazione non è che uno degli esiti del flemmone, e, per venire ad essa, si deve passare da un primo stadio, di cui il Segond non si è affatto occupato. Le mie osservazioni invece partono di là, perchè il flemmone ha le sue indicazioni, e queste indicazioni, opportunamente prese, possono evitare il passaggio di esso alla suppurazione, e le indicazioni più gravi, che alle suppurazioni si collegano. È evidente che nella pelvi si constatano spesso masse dure, pastose od elastiche, che non danno affatto segno di fluttuazione, oppure infiltrazioni estese, accompagnate da fenomeni febbrili, che rendono i tessuti rigonfi, ispessiti, poco elastici, dolorosi, per un dato tempo, dietro il quale, o si risolvono spontaneamente e con cure mediche più o meno blande, o progredendo, vanno a formare le suppurazioni, di cui il Segond si è occupato. Io non credo che si possano scompagnare questi due stadî di uno stesso processo flogogeno, sia per ragioni di patologia, che di cura, ed il titolo del mio lavoro è stato consigliato appunto da queste ragioni.

Egli ha invocato a suo vantaggio gli assiomi del Le Dentu, che sono costretto discutere per provare il mio assunto.

Il Le Dentu dice: *La terapeutica delle affezioni degli annessi è solidale con quella delle affezioni dell' utero, come le affezioni degli annessi sono solidali con quelle dell'utero.*

Con esperienze io ho provato che una solidarietà perfetta tra affezioni del corpo uterino ed affezioni degli annessi non esiste sempre e, quando esiste, il legame è stabilito dai rapporti del circolo sanguigno e linfatico della vagina, della *portio-vaginalis*, della pelvi e dei legamenti larghi. Questo mi conduce a non accettare la solidarietà nella terapeutica, perchè talune volte l' utero non partecipa affatto al processo patologico degli annessi o vi partecipa la porzione vaginale e la mucosa cervicale soltanto; esiste un rapporto tra annessi e tessuti pelvici, contemporaneamente ammalati, senza che l' utero sia guasto o troppo guasto.

Al 2.° assioma del Le Dentu, *i grandi interventi chirurgici devono essere riserbati, il più che sarà possibile, per le forme croniche,* sostituirei invece il postulato del Segond che dice: *Gl'interventi gravi* (*laparotomia, isterectomia vaginale*), *nelle suppurazioni pelviche, devono essere riservati scrupolosamente alle donne, nelle quali è impossibile contentarsi più di una cura conservatrice,* perchè vi sono forme croniche, che danno poca o nessuna molestia alle donne affette.

Or il nodo della quistione sta appunto in questo, nello stabilire cioè questi limiti, che, secondo me, debbano essere di gran lunga ristretti.

D'accordo con Segond e con gli altri, che la cura conservatrice non debba confondersi con l'aspettazione sistematica e rassegnata degli antichi maestri; ma essa può essere per me attiva, efficace, utile, radicale, senza essere demolitrice.

La parte del trattamento profilattico e della terapeutica iniziale nelle flogosi pelviche, è stata limitata dai metodi indiretti del Doléris e del Walton, cioè: antisepsi vaginale, dilatazione dell'utero, drenaggio, raschiamento, ecc.

Ma la cura chirurgica è stata e sarà forse ancora per un pezzo discussa.

Il Segond ha posato la quistione con tale chiarezza e semplicità, che io mi riferisco completamente alla sua relazione, dettata nel congresso di Bruxelles, per discutere questa parte della cura. Egli pone due metodi, molto distinti, di fronte l' uno all'altro.

L'uno semplice, che si propone di ottenere la guarigione per sola evacuazione di pus, l'altro più radicale, che realizza questa evacuazione, e la soppressione più o meno completa del focolaio, generatore del male.

Il primo metodo trova le sue indicazioni nette in certi casi particolari, come nei casi in cui la marcia si presenta in uno dei punti accessibili, alla parete addominale cioè, e al cul di sacco vaginale.

Il secondo metodo racchiude la laparotomia e l'isterectomia.

Le varietà dei processi, che servono ad attaccare queste raccolte, contano senza dubbio ognuna per sè dei successi, quindi non è a stabilire preferenza tra quelli, che procedono per la via vaginale, o rettale, sacro-coccigea o perineale, e quelli, che procedono per la via parietale ed inguino-sottoperitoneale, alla quale si collegano le varietà, ipogastrica, iliaca, inguinale, crurale e deretanica. Ma di tutti questi processi, quelli, che esistono da che vi ha chirurgia sono: l'incisione per la via inguino-sottoperitoneale (la stessa incisione, che si fa per la legatura dell'arteria iliaca) e l'incisione per la via vaginale, sul fornice posteriore; e questi stessi processi oggi trovano la preferenza presso i ginecologi, e sono generalizzati; le altre incisioni, per la via rettale, peritoneale, sacro-coccigea o perineale, non sono generalmente accolte.

Un limite dunque si accorda ai processi di evacuazione semplice, molto più rigorosamente deve esso assegnarsi alle grandi operazioni, che costituiscono il secondo metodo, cioè alla laparotomia e alla isterectomia vaginale, che per taluni hanno larga applicazione, per altri ristretta e circostanziata.

Della laparotomia, che può essere un metodo radicale, ma che può essere anche conservatore e che risponde a tutte le indicazioni e nel trattamento delle suppurazioni intraperitoneali, encistiche, libere o poco aderenti, ha il suo trionfo indiscutibile, e in circostanze più complesse nei casi cioè di pio-salpingite aderente, di pelvi peritonite, di ematocele suppurato, e di suppurazioni miste, intra e sottoperitoneali dà dei successi meravigliosi, ne abbiamo detto qualche cosa. Ora conviene parlare della isterectomia vaginale.

Taluni chirurghi hanno trovato l'indicazione netta dell'isterectomia nelle recidive delle suppurazioni pelviche, dopo sperimentata infruttuosamente la laparotomia nella pelvi-peritonite suppurata, con incarceramento dell'utero, aderenze estese e raccolte purulente multiple.

Per S. Bonnet, anzi l'isterectomia vaginale sarà la risorsa suprema contro i casi complessi di pio-salpingite o di ovaro-salpingite, complicata da pelvi-peritonite o da suppurazioni secondarie del tessuto cellulare, con o senza fistola e sarà anche l'operazione di completamento, dopo che la laparotomia si è mostrata inutile ed insufficiente.

Per Segond l'isterectomia è indicata in tutti i casi di suppurazioni pelviche, che si è al giorno d'oggi stabilito di trattare per laparotomia con ablazione bilaterale degli annessi.

Le considerazioni principali, che mettono l'operazione di Péan al disopra della Tait sono state dallo stesso Péan così formulate:

a) L'operazione di Péan è d'una esecuzione facile nei casi semplici, molto più facile della laparotomia nei casi gravi e complicati.

b) È più fedele nei risultati, permette assai meglio di evacuare completamente i focolai purulenti e di lavare e drenare. Essa espone molto meno alla continuazione ed alla recidiva del processo.

c) Essa dà una via molto più favorevole allo scolo del pus e dei liquidi morbosi.

d) Essa non espone assolutamente alla soppressione della funzione, che sarà possibile di conservare, perchè le incisioni esplorative, convenevolmente fatte, al cul di sacco vaginale, danno esatto conto della unilateralità o della bilateralità della lesione e di regolare il suo intervento.

e) La mortalità pressocchè nulla ed i risultati lontani sono più favorevoli, che con l'estirpazione addominale.

f) Essa sopprime i danni dello sventramento, che sono legati alla laparotomia.

g) Nelle suppurazioni pelviche, miste e complicate, l'estirpazione per la via vaginale è il solo metodo che conviene. La tecnica operatoria comporta delle modificazioni leggere, dipendenti dalla natura delle affezioni concomitanti e dalle complicazioni.

In poche parole la gravità minore, l'efficacia superiore e l'assenza di cicatrice, accordano la prevalenza della isterectomia vaginale sulla laparotomia.

Non voglio riportare qui le obbiezioni fatte a queste conclusioni, perchè militano ragioni in favore e contro, della laparotomia e della isterectomia. La quistione più seria sta invece nello stabilire, se deve la Péan preferirsi alla Tait, nella ablazione totale e parziale degli annessi.

Il Segond dà, nella estirpazione totale, la superiorità alla Péan, per il fatto, che vien tolta ogni causa ed ogni localizzazione, e nella parziale, per la speranza, che le formazioni cicatriziali consecutive, determinino la morte anatomica e fisiologica dei tessuti. Con più esagerazione si è affermato preferibile levare l'utero senza gli annessi, anzichè gli annessi senza l'utero.

Di fronte all' autorità di certi nomi, io non saprei ribellarmi, se altri nomi, altrettanto autorevoli, non venissero a sorreggermi (1).

Analizzando i due processi operatori del lato distruttore, si trova che stanno alla pari nel fatto, che l'uno e l'altro sopprimono alla donna gli attributi di madre.

In quanto poi a importanza operatoria riguardo alla vita, le statistiche portate nello stesso Congresso di Bruxelles ed in quello del 1893 a Breslavia, dai sostenitori, non accordano nessuna superiorità alla Péan, perchè la Tait dà il 3 0[0 e qualche volta meno cioè 2. 43 per Chroback ed 1. 42 per Zweifel (2).

Riguardo ai risultati postumi l'una o l'altra cura non possono soddisfare appieno, nè l' una nè l'altra insieme si possono completare, come dice il Richelot, perchè in moltissimi casi, se non nel maggior numero, le sofferenze sono date e mantenute non dall' utero, nè dalle trombe, ma dalle suppurazioni pelviche, sparse, dalle infiltrazioni, dalle aderenze e dalle degenerazioni dei tessuti.

Gli studî anatomici ed istologici, di cui io ho fatto cenno non che quelli importanti del Ferruta (3), non danno la sicurezza di sostenere che la Péan e la Tait, possano levare completamente il male, anzi ne fanno dubitare.

Le infezioni hanno già fatto il loro cammino, per mezzo dei vasi, in punti più o meno lontani dagli organi genitali interni, che noi probabilmente non possiamo esportare completamente, assieme all'utero ed agli annessi più o meno gravemente alterati.

Se queste parti restano, è inutile sperare sulla loro morte anatomica

---

(1) Rimando per il dettaglio alla discussione del Congresso di Bruxelles, settembre 1892 ed a quella del 5.º Congresso dei ginecologi tedeschi in Breslavia, 25-27 maggio 1893.

(2) 5.º Congresso dei ginec. tedeschi. — Rassegna negli *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, luglio 1893.

(3) « Collezione italiana di letture sulla medicina, » Serie VI, N. 9, 10, 11. « Contributo allo studio anatomo-patologico e clinico delle malattie della salpinge. »

e fisiologica, dopo l'assenza dell'utero e degli annessi, perchè i focolai sono sussidiati da altre vie.

Le glandule linfatiche, che sono sparse in gran numero nella pelvi, sono tanti serbatoi infettanti, e noi le abbiamo viste partecipare quasi sempre alle diverse manifestazioni flogistiche degli organi genitali interni.

Le alterazioni vasali, cioè le endo e periarteriti, le trombosi e le neoformazioni vasali, le endoarteriti obliteranti, le rotture vasali, le emorragie interstiziali, le degenerazioni dei tessuti, ci portano alla conclusione, che qualunque operazione demolitrice nella pelvi non potrà mai essere radicale. Il prof. Mangiagalli presentando al Congresso di Bruxelles le conclusioni di questo mio lavoro, ne traeva una applicazione pratica in favore della isterectomia vaginale, nelle suppurazioni pelviche. Talvolta sarà così, ma non si può dedurne regole generali. Il professor Martin, non è molto, ha raccomandato caldamente una chirurgia più conservativa, della quale egli ha ottenuto ottimi risultati.

Io non ho autorità alcuna per fare accettare le mie idee, nè intendo fare solidale con queste il mio maestro, prof. Mangiagalli, non faccio che sottoporre alla critica alcuni miei studi, i quali mi portano a credere, che propagandosi i batteri per la via dei linfatici e dei vasi sanguigni della pelvi agli annessi, prima ancora che all'utero, e determinando infiltrazioni e focolai multipli nel parametrio e in tutta la pelvi, l'ablazione degli annessi e l'esportazione dell'utero per *vaginam* non sarà nemanco una operazione radicale.

Abbiamo fino adesso stabiliti i limiti ai mezzi chirurgici. Vediamo ora i vantaggi della cura medica, e quali confini spettano ad essa.

La cura medicamentosa ha valore indiscutibile, sino ad un dato tempo della malattia, valore relativo o nullo in taluni stadi.

La cura antiflogistica o rivulsiva non può essere accusata d'impotenza, perchè ha dato sempre dei vantaggi più o meno rapidi, più o meno duraturi.

Il caldo umido, il freddo, gli analgesici e gli alcalini, entrano nel sistema generale di cura e quindi non fa d'uopo rilevarli.

Ai preparati jodici non si può togliere l'importanza per l'azione efficace ed indiscutibile, che essi spiegano; ma non si può nemmanco fare uso di loro a tempo indeterminato, perchè sono alteranti e discrasici, e spesso intollerabili.

I preparati tonici e ricostituenti non hanno azione diretta sulla malattia, e quindi non possiamo tener conto di loro.

A capo di qualunque cura, ed al disopra di qualunque medicina sta l'ictiolo, che fu pochi anni addietro, come ho detto, trasportato dal Freund in ginecologia. La guarigione o il miglioramento è così rapido e duraturo, che oggi le migliori cliniche del mondo l'hanno adottato.

Per quanto riguarda il valore della medicina, ed i vantaggi dalla stessa procurata, io rimando alle pubblicazioni del dottor Polacco (1), assistente del prof. Mangiagalli, comparse negli *Annali di Ostetr. e Gin.* di Milano e alle note dei prof. Freund, Bloch, Reitmann e Schonauer.

Da questo medicamento, ottenuto per distillazione da un schisto bituminoso, si sono ricavati dei composti, dei solfo ictiolati di sodio e di ammonio, i quali adoperati in ginecologia, sotto forma di glicerolati, o di unguenti, o sotto forma di soluzioni acquose o di capsule o di pillole, spiegano un'azione riducente ed anestesica tale, da vincere gli jodurati e gli analgesici.

Lascio i dettagli, di cui mi cccuperò, quando avrò raccolto un buon numero di casi da me curati, ma in genere io ho potuto vedere, che nelle forme subacute e croniche delle ovaro-salpingiti, delle peri e parametriti, e nelle cistiti acute e croniche, i risultati sono sorprendenti; anche nei casi di raccolte tubariche l'azione è efficace, se non pronta.

Profitto del momento per rilevare i risultati, che io ho ottenuto nelle endometriti, che erano state ribelli al raschiamento e alle cure astringenti e causticanti.

Il fatto di maggior rilievo è questo, che ipertrofie notevoli della *portio vaginalis*, se non sono molte antiche, si riducono considerevolmente nello spazio di uno a due mesi.

Però io ho sempre combinato il tampone vaginale, l'iniezione endouterina per mezzo della siringa di Braun colla somministrazione interna, ed aggiunto le frizioni sull'addome, quando si accompagnano fenomeni infiammatori del peritoneo pelvico o del connettivo retroperitoneale e nevralgie per flogosi ovariche.

Quando le alterazioni degli annessi sono state compagne o conse-

---

(1) *Annali di Ostetricia e Ginecologia* di Milano, marzo 1891, agosto 1892. — F. Loebisch. « I nuovi rimedî. » Napoli 1888, pag. 408 e seguenti. — Freund (K. W. I. Freund). « Ueber die Anvendung des Ichtyiols bei Franen Krankheiten. » *Berlin. Klinisch Wochensch*, N. 11, 1890 e N. 45. — « Zar Ichtyol Behandlung von Franon Krankheiten von D. Reitman, und D. Schöneuer. » *Viener Klinisch Wochenschr.*, 1890, N. 33. — Dichar Bloch. *Viener Med. Wochenschr*, N. 50, 51, 1890.

guenze di alterazioni dell' endometrio, non ho rifuggito dal dilatare l'utero colle sonde metalliche, dal raschiare la mucosa alterata, e dallo applicare localmente, per mezzo d' uno schizzetto, la sostanza medicamentosa. Questa applicazione locale, coadiuvata dall'azione del tampone vaginale, dalle frizioni sul ventre, e dall'uso interno, mi ha dato risultati efficacissimi.

L'uso interno dell' ictiolo, solo o mescolato con la china, ha sempre vinto la anoressia e la nausea al cibo, e spiegato azione ricostituente.

Appoggiandomi sulla autorità del Freund e di moltissimi altri ginecologi, celebri nella specialità, facendo tesoro dei risultati ottenuti in molte cliniche d' Europa ed in quella del prof. Mangiagalli, dalla cura ictiolica e jodurata, e dai mezzi blandi indiretti, come la dilatazione dell' utero ed il raschiamento, le iniezioni endouterine medicate e il drenaggio, le incisioni vaginali e parietali, le laparotomie extraperitoneali ed intra-peritoneali conservative, io credo che possiamo risparmiare alla donna il più delle volte:

1.° il pericolo di morte;

2.° la castrazione;

3.° la mutilazione completa degli organi genitali interni.

Per chiudere il mio lavoro poserò le seguenti conclusioni:

1.° Gli adeno flemmoni pelvici possono rientrare riguardo alla cura nei flemmoni in genere; essa consiste nel cercare di ottenere la risoluzione col caldo umido, col freddo e colle incisioni abortive, ecc.

2.° La parametrite o cellulite pelvica o adeno flemmone pelvico, quando è andata all'esito, cioè quando si è fusa, si deve attaccare dalla via extraperitoneale sia questa l'addominale, quando è estesa alle fosse iliache, sia la vaginale, quando si mostra al cul di sacco o si limita allo spazio segnato da Spiegelberg.

L' antisepsi oculata, l' incisione o l' aspirazione di prova, prima d' incidere il focolaio, accordano grande sicurezza al risultato. Il drenaggio, le larghe lavature, assicurano la guarigione.

3.° L' adeno flemmone del legamento largo, se passa ad ascesso, malgrado sia di origine extraperitoneale, non potendosi sempre attaccare dalla parte vaginale, o dalla via addominale, extraperitoneale, può essere necessario trattarlo come le raccolte tubariche e quindi entra a far parte degli interventi laparotomici.

4.° La perimetrite, che ha dato luogo alle essudazioni, intorno all'utero, sia posteriormente nello spazio del Douglas, sia anteriormente nello spazio vescico-uterino, o ai lati, sempre nella cavità peritoneale, se passa allo stato suppurativo, rientra negli interventi intraperitoneali, però se delle aderenze si son fatte, che isolano la raccolta, l'intervento della parte vaginale deve preferirsi all'intervento laparotomico.

5.° Le ovaro-salpingiti, le periovaro-salpingiti e le raccolte tubariche danno indicazioni varie (1).

a) Nelle ovaro-salpingiti in cui la tromba non si è occlusa, nè presenta dilatazione cistica, il trattamento endouterino, dilatazione graduale e cura ictiolica e iodica locale e generale, può bastare il più delle volte a dare la guarigione.

b) Quando il lume del condotto è occluso, e la cavità della tromba è dilatata in proporzioni modiche, non aderente o poco aderente, l'intervento laparotomico è necessario il più delle volte e benigno.

Se il contenuto è riconosciuto virulento, l'intervento non sarà pericoloso a ventre aperto, purchè si impedisca che il contenuto si versi, aspirandolo prima di escidere la raccolta con uno aspiratore, e cauterizzando il moncone dopo l'asportazione del sacco.

c) Quando le salpingi sono enormemente dilatate ed aderenti, in modo da tornare difficile a differenziarle dagli ascessi pelvici incapsulati (per lo più pio-salpingi, che portano qualche volta attorno a loro dei veri ascessi peritoneali più o meno circoscritti), il considerare il piosalpinge, come uno ascesso comune, il limitarsi ad incidere gli ascessi tubarici e peritubarici con applicazione di drenaggio, può condurre a stabile guarigione.

Se malgrado la dilatazione cistica e il rigonfiamento del condotto tubarico, la ritenzione di liquido non è permanente, perchè la pervietà non è ostacolata, ed i rapporti con l'ovario si mantengono, la fissazione della tuba, la aspirazione del liquido con uno aspiratore, la spaccatura con drenaggio consecutivo, possono essere utili e bastevoli per la guarigione radicale.

L'isterectomia vaginale ed addominale resta così limitata alle suppurazioni secondarie o complicate a tumori pelvici, ed alle suppurazioni

---

(1) Qualunque sia la classificazione che noi scegliamo, dobbiamo sempre distinguere le forme acute dalle croniche, e le forme semplici dalle complicate; per scegliere l'indicazione si consulti sul proposito il lavoro del Ferruta, loco citato.

pelviche, che circondano l'utero, entro dati limiti, o che sono isolate ed asportabili.

Non posso chiudere questo mio lavoro senza inviare un affettuoso ringraziamento al prof. Mangiagalli, che mi ha fornito materiale e notizie, quante volte l'ho pregato e senza esternare la mia riconoscenza al prof. Arnaldo Angelucci, che gentilmente mi fornisce un locale nel suo gabinetto, per eseguire lavori ed esperimenti, riguardanti la mia materia. All'amico dott. Decio, assistente del prof. Mangiagalli, offro la mia gratitudine per essere stato con me sempre premuroso e gentile.

RASSEGNA

Dott. Buxton. — **The uses of anaesthetics in Gynaecology** (*Gli usi degli anestetici in ginecologia*). — *The British Gynaec. Journal,* nov. 1892.

Come l'uso degli anestetici in ginecologia può differire in qualche punto essenziale dal loro uso negli altri campi chirurgici? La risposta si troverà nella considerazione delle peculiari richieste in ginecologia che mancano o non sono così urgenti nella chirurgia generale, salvo forse nella chirurgia intestinale. Passerà a discutere questi requisiti ed a dire, se è possibile, come possano essere il meglio soddisfatti.

La scelta dell'anestetico è una delle difficoltà ed anche la scelta del metodo col quale somministrarlo deve essere con cura stabilita. Le operazioni in ginecologia variano molto sia in carattere che in gravità; alcune richiedono la più grande cura ed esperienza nel somministrare l'anestetico, sia per la lunga durata del tempo nel quale l'insensibilità è richiesta, sia in causa della posizione che le esigenze dell'operazione rendono necessaria, posizione che spesso non è favorevole alla somministrazione dell'anestetico. Le laparotomie per regola causano shock in parte per la manipolazione dei visceri e in parte per il contatto dell'aria colla cavità addominale. In tali casi l'effetto dell'anestetico può, sia coll'aggiungere nuovo shock o col diminuire quello che esiste, essere contrario o favorevole alla paziente. Ma questa questione dello shock è molto complessa, perchè essendo molto influenzata dalla quantità della perdita di sangue, come da altre circostanze, la scelta dell'anestetico non si deve fare solo riguardo a se o no l'anestetico causi o diminuisca lo shock, ma anche riguardo a se o no l'anestetico aumenti o diminuisca l'emorragia. Queste considerazioni riguardano la paziente, ma dopo che si hanno avuto tutti i riguardi per essa, rimane ancora da considerare la convenienza dell'operatore. Un'operazione abbastanza semplice per sè può diventare molto pericolosa e difficile se l'anestetico impiegato non è scelto a dovere e debitamente somministrato. Sarà bene considerare i vantaggi dell'anestetico più in uso riguardo: 1.° alla paziente — 2.° all'operazione — 3.° al chirurgo.

Il cloroformio ha giustamente avuto la più alta riputazione come anestetico nella chirurgia ostetrica e ginecologica da quando fu introdotto da Simpson. Regnò sovrano per molti anni ed anche ora vi sono istituti ove non è permesso l'uso di altri anestetici. Certamente ha tutto in suo favore eccetto la sua azione deprimente. La sua facile trasportabilità, il fatto che può essere somministrato a dovere senza apparecchi complicati sono molto considerati in suo favore, sebbene negli Ospitali questo argomento perda della sua forza. Il cloroformio possiede il grande merito di assicurare un'anestesia tranquilla e di diminuire l'emorragia immediata perchè diminuisce la tensione arteriosa e quindi i moti cardiaci. Per la sua azione sui centri midollari induce un rallentamento della respirazione col diminuire l'ampiezza dei movimenti respiratori, e così dal punto di vista dell'operatore, il cloroformio è l'anestetico per eccellenza nelle operazioni nelle quali è necessaria la respirazione tranquilla come nelle laparotomie. Si vanta anche pel cloroformio che il vomito post-operatorio è meno da aspettarsi che quando si adopera l'etere, altro argomento molto importante nella chirurgia addominale. L'A. però non crede che questo vanto sia da ammettersi senza prove ulteriori. Certo per l'addietro, quando si usava l'etere in quantità enormi, produceva i più violenti e incontrollabili vomiti, ma questi erano dovuti piuttosto al metodo di amministrazione che all'anestetico. Le conseguenze del cloroformio e dell'etere sono dovute alla quantità dell'anestetico impiegato, e siccome ora si conosce il metodo in modo che non se ne richiede in proporzione di più, peso per peso, di etere che di cloroformio, non vi è ragione di aspettarsi maggiori vomiti dall'uno che dall'altro. Inoltre l'importanza attribuita al cloroformio nelle gravi operazioni, come per es. nelle isterectomie, che diminuisce l'emorragia, merita qualche esame. L'effetto immediato del cloroformio è di stimolare leggermente la circolazione, ma questo è rapidamente seguito da una reazione che fa sì che il cuore batta più adagio e con minor forza del normale. Questa depressione aumenta se l'inalazione è molto prolungata, e può arrivare ad un marcato indebolimento circolatorio, ma appena l'operazione è finita e il paziente riposto a letto, la depressione passa e vi subentra un'acceleramento molto considerevole del polso con un'aumento di forza dell'azione cardiaca. Certo l'effetto dell'etere è di stimolare continuamente tanto la respirazione che la circolazione, il che del resto passa quando il paziente è completamente eterizzato e ne segue piccola o nessuna reazione dopo finita l'operazione, tranne quella che è attribuibile al succedersi solito degli eventi per il shock chirurgico.

Ora questi fatti fisiologici trasportati nel campo chirurgico indicano che sebbene l'emorragia immediata nella narcosi cloroformica è minore di quella per l'etere, pure appena che il paziente non è più nelle mani del chirurgo l'emorragia o lo stillicidio comincia. L'emorragia durante la narcosi coll'etere si vede al tempo dell'operazione e vi si ripara, quella col cloroformio può essere mascherata dall'indebolimento della circolazione. Certo l'odore gradevole del cloroformio, la facilità del suo impiego, l'anestesia perfetta e quieta che produce, se non vi fossero dei pericoli pel suo uso, lo pone al primo posto nelle operazioni addominali. Vi è però una grave obbiezione da fare al cloroformio ed è che, si dica poi che uccida agendo sul cuore, sui polmoni o sul sistema nervoso, certo uccide ad un tratto ed in modo che al presente rende inutili i tentativi di rimediarvi. L'A. lo usò sia puro, sia sotto forma di bicloruro di metilene per molti anni, e sebbene non ebbe casi di morte per esso, ne ebbe però parecchi in cui la paziente corse grave

pericolo dipendente credo dal suo effetto deprimente sul cuore. Quando il Comitato della Società R. Med. Ch. fece un confronto fra il cloroformio, l'etere e la miscela A. C. E determinò che l'ultima dovesse essere impiegata perchè mentre l'anestesia può essere rapidamente ottenuta col cloroformio è accompagnata da pericolo, e perchè sebbene l'anestesia coll'etere sia sicura richiede tanto tempo per osservarsi. Ora è precisamente il contrario oggi coll'importante risultato che una delle maggiori accuse contro l'etere è tolta. Oggi si considera la cloroformizzazione lenta (fra 3 ed 8 minuti) come l'unica via sicura di dare il cloroformio, mentre si considera ogni periodo di tempo oltre al minuto e mezzo o due minuti come non necessario e non desiderabile prolungamento del periodo d'eterizzazione. Da ciò l'ammaestramento pratico che quando si desidera una rapida anestesia tranquilla per le pazienti che hanno cuor debole, arterie rigide, pareti toraciche fisse, tumore addominale grosso che fa pressione contro il torace, si deve scegliere l'etere piuttosto che il cloroformio che può essere causa di movimenti inconsci, nocivi alle condizioni generali e locali della paziente.

Le gravi accuse fatte all'etere bisogna vedere se dipendano dall'etere per sè o solo da un metodo fallace di amministrazione. È detto che produce contrazioni che ponno causare seri effetti successivi e disordini polmonari pel freddo dovuto all'evaporazione dell'etere dalla mucosa polmonare. Si dice il cloroformio se uccide uccide al tempo dell'operazione mentre l'etere uccide in seguito per complicazioni polmonari o per affezioni renali dipendenti dall'azione irritante dell'etere sul delicato epitelio che tapezza i tubuli. Si dice anche che la nausea e il vomito seguano di più per l'etere che per il cloroformio. Un'ultima accusa contro l'etere è la tendenza a produrre rottura delle arterie fragili e causare così apoplessia cerebrale.

L'A. crede che queste accuse sono per nulla provate. Quando l'etere debitamente somministrato col metodo di Clover con o senza uso preliminare di gas ossido nitroso, in 99 0[0 dei casi non si hanno contrazioni. Il raffreddamento polmonare, l'irritazione renale non deve esser grave se l'etere è debitamente amministrato dandone la quantità minima. Quanto sia frequente la nefrite dopo l'eterizzazione l'A. non sa dire, nella sua pratica però non l'osservò mai nè all'Ospitale nè in privato e crede che tale complicazione non succederà se l'etere è dato con sufficente discrezione. Delle bronchiti per etere si sente più spesso parlare di quello che si vedono, non essendo facile nei casi in cui sono esposte estese aree del corpo di eliminare l'azione del freddo. L'aumentata pressione arteriosa iniziata dall'etere può essere pericolosa quando il paziente ha arterie degenerate, quantunque l'A. non abbia incontrato di tali casi. La questione del metodo è la più importante, perchè quando si dà prima l'ossido nitroso non si hanno contrazioni e quindi il grave pericolo della rottura arteriosa è tolta.

Accenna al piano comunemente adottato da alcuni esperimentati anestetizzatori che, quando si deve fare una laparotomia, l'anestesia è praticamente richiesta solo durante l'incisione della pelle. Contro questo metodo l'A. dice che per sua esperienza sugli animali e sull'uomo le manipolazioni sul peritoneo e sui visceri producono grave shock e perciò sostiene che bisogna mantenere un'anestesia profonda durante l'intera operazione. Concludendo, l'A. è convinto che oggi non si presta troppo attenzione agli anestetici. Ritiene che l'anestetico, il modo di usarlo, le conoscenze e l'abilità dell'anestetizzatore spesso producono tutte le differenze nel risultato di un'operazione.

Discussione. — Il dott. *Frederic Hewit* è del parere di Buxton che non si possono stabilire delle regole fisse sia per la scelta che per l'amministrazione degli anestetici in ginecologia. Prima considerazione deve essere la sicurezza della paziente. Dalla statistica pubblicata dal dott. Julliard di Ginevra risulta che i casi di morte per cloroformio sono circa cinque volte più frequenti che quelli per etere. La grande superiorità dell'etere per quanto riguarda la sicurezza non va dimenticata, e ritiene che se è amministrato a dovere produce un'anestesia che per quanto riguarda il rilasciamento muscolare e la tranquillità del respiro differirà ben poco da quella che si può ottenere col cloroformio, mentre la circolazione, sarà a tipo più soddisfacente. Molto dipende dalla qualità dell'etere e dell'apparecchio. Ritiene migliore quello che si ottiene dall'alcool etilico puro (Bobbins and C.). Crede buono il metodo di Braine di cominciare l'anestesia coll'ossido nitroso e poi continuarla coll'etere, coll'apparecchio di Ormsby. Se si adopera un anestetico solo, l'apparecchio del Clover è il migliore. Il dott. Buxton ha parlato del grado della narcosi dopo l'incisione cutanea nella chirurgia addominale. L'O. crede che in generale è meglio mantenere una narcosi profonda sebbene vi siano casi eccezionali nei quali è pericoloso raggiungere il grado usuale. Coll'etere si può ottenere quasi invariabilmente quella profonda narcosi senza difficoltà, ma non così col cloroformio e colle sue miscele. In alcuni casi (nelle donne grasse di mezza età e nelle vecchie) è meglio cominciare la narcosi con piccola quantità della miscela A. C. E. e continuarla coll'etere.

Dott. *Schacht* dice che all'Ospitale Chelsea negli ultimi cinque anni vi furono più di 200 laparotomie, che non vi fu un sol caso di morte per l'anestesia, che vi furono complicazioni polmonari solo in due o tre casi che guarirono e che è questione di opinione se per questi si possa attribuire la causa all'anestetico. Tale risultato non può essere eguagliato in qualsiasi altro ospitale simile nel quale si usi sempre il cloroformio. Le così dette obbiezioni all'etere ponno essere ridotte al minimo colla somministrazione accurata e l'aggiunta di gas ossido nitroso. Ritiene fermamente che quando si presentano sintomi allarmanti, ciò che può succedere con ambedue gli anestetici, vi è maggior probabilità di superarli se da etere che se da cloroformio. Consiglia ai medici che hanno occasione di cloroformizzare poco di frequente di adottare per la sicurezza dei loro pazienti l'etere piuttosto che il cloroformio.

Dott. *Bantock* ha una distinta preferenza pel cloroformio quantunque si sia sempre interessato della questione. Non sa comprendere la ragione per la ferma credenza (può anche dire pregiudizio) che ha esistito per alcuni anni in Londra contro il cloroformio e che non fu secondo lui giustificata dai fatti. Ebbe relativamente poca esperienza coll'etere, ma quanto ha visto lo ha molto impressionato: la faccia e in generale le mucose livide, la respirazione difficile, il respiro stertoroso e il sudore copioso contrastano molto sfavorevolmente coll'aspetto placido e la facile respirazione cui si è assuefatti col cloroformio. Il dott. Buxton ha parlato del cloroformio come deprimente cardiaco: questo è contrario a tutte le sue osservazioni ed esperienze. Da lungo tempo interessato nella questione ha letto attentamente i reperti di ogni sezione e trovò sempre che la parte sinistra del cuore era fortemente contratta. Egli ha sempre osservato che un polso piccolo, debole e rapido prima dell'operazione si fa normale durante l'anestesia col cloroformio. Quando al bicloruro di metilene fu provato che è solo un cloroformio impuro.

PIAZZA.

COLLEGIO MEDICO DI FILADELFIA.

Premio triennale William F. Jenks.

È di cinquecento dollari e sarà assegnato all'autore del miglior lavoro sul seguente argomento:

« Infant Mortality during Labor and its Prevention. »
(*Mortalità fetale durante il travaglio e sua prevenzione*).

Il lavoro deve essere scritto in lingua inglese o accompagnato, se scritto in lingua diversa, dalla sua traduzione in inglese ed inviata al Collegio Medico di Filadelfia prima del 1 gennaio 1895 al seguente indirizzo: Horace Y. Evans, M. D. Segretario della Commissione per il premio William F. Jenks.

Ogni lavoro, secondo le norme abituali dei concorsi, deve essere distinto con un motto ed accompagnato da una busta chiusa portante lo stesso motto e contenente il nome e l'indirizzo dell'autore. Non si aprirà che la busta che accompagna il lavoro premiato. Gli altri lavori potranno essere reclamati entro un anno.

Riceviamo dal prof. Leopold e pubblichiamo tradotta una lettera in data 31 agosto, che attenua alcuni apprezzamenti del dott. Gigli, che, su questo giornale, ha riferito sul Congresso ginecologico di Breslavia.

Stimatissimo Collega,

Nel fascicolo di luglio degli *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, il dott. Leonardo Gigli non riferisce esattamente su quanto io ebbi a dire nella discussione sulla sinfisiotomia. Egli scrive: « *Il prof. Leopold si pronuncia assolutamente, con grande meraviglia dei convenuti, contro la sinfisiotomia.* » Ora io non mi sono pronunciato contro la sinfisiotomia, ma contro la sua generalizzazione, il che è ben differente. Io stesso ho praticato 6 volte questa operazione, il che dimostra che non sono assolutamente avversario della sinfisiotomia. Bensì non approvo che essa sia già praticata diffusamente nella pratica, parendomi consigliabile che essa resti ancora una operazione delle cliniche, finchè le sue indicazioni non sieno più esattamente stabilite e finchè non se ne sia fatto più estesa esperienza. RingraziandoLa, La prego di pubblicare questa mia in uno dei prossimi numeri degli *Annali* e La saluto cordialmente nella speranza di rinnovarLe i saluti nel prossimo aprile in Roma.

Suo Leopold.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XV. Ottobre 1893. Num. 10.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN NOVARA

Relazione sommaria sul movimento clinico-didattico

nel biennio scolastico 1891-92 e 1892-93

PEL

DOTT. ETTORE TRUZZI

Professore Direttore.

Attenendomi alla lodevole consuetudine dei Direttori di alcune Cliniche di dare con rendiconti, con lezioni di chiusura o sotto altra qualsiasi forma, una più o meno estesa relazione del movimento clinico-didattico, che si verifica nelle medesime, mi procuro anche un'occasione propizia per mettere in giusto rilievo quelle fasi di lento, ma progressivo sviluppo, che si verificano nell'andamento della Clinica ostetrico-ginecologica di Novara, massime per ciò che riguarda la varietà e l'importanza del materiale di osservazione, che ogni anno vi si raccoglie.

Riandando nella mia mente le impressioni avute durante questo nuovo periodo di lavoro nella Clinica di Novara dall'epoca della pubblicazione del mio antecedente rendiconto (1), parmi di non avere peccato allora di esagerazione, quando sull'andamento e sui destini dell'Istituto, io esprimevo i seguenti concetti: « Certamente i miglioramenti introdotti e le fasi di sviluppo, che si sono percorse, non sono ancora tali da legittimare un completo ottimismo; ma sarebbe d'altra parte ingiu-

(1) TRUZZI. « Relazione sommaria del movimento clinico-didattico nell'anno scolastico 1890-91. » Novara, Tipografia Gaddi, 1891.

stizia il disconoscere che la Scuola ostetrica di Novara — grazie alle sue buone tradizioni, grazie all' attività dei titolari, che ne ressero le sorti, grazie infine al patrocinio che ottiene da parte delle autorità dell'Ospedale, a cui la medesima è annessa — è un istituto, che non tende punto a cristallizzarsi in una languida e stentata esistenza, ma che dà invece sicure promesse di un prospero avvenire. » (1).

Se il lettore troverà che le cifre della presente relazione non sono interamente bastevoli a suffragare tanti lieti pronostici sulla crescente importanza della Clinica ostetrica novarese, voglia almeno credere che nulla per parte mia è stato pretermesso, perchè alle concepite speranze non avesse a venir meno la conferma dei fatti.

Per lo scopo che mi sono prefisso nel redigere questo rendiconto, sarebbe inopportuno ch' io mi diffondessi in estesi particolari nella narrazione dei singoli casi clinici; tanto più che quanto vi ha di più spiccatamente interessante nei medesimi ha già formato o potrà formar tema di qualche speciale lavoro.

Io mi atterrò pertanto in questa relazione all' istesso indirizzo che nella antecedente e la dividerò, come questa, nei seguenti quattro capitoli:

riforme nell' Istituto,
generalità sul movimento clinico didattico,
materiale clinico ostetrico,
materiale clinico ginecologico.

RIFORME NELL'ISTITUTO.

Durante il biennio scolastico 1891-93 mi è stato possibile svolgere e portare a compimento altre parti di quel programma di riforme, che erano già state iniziate in addietro e che sono certamente destinate a sistemare l' andamento dei servizi nell' Istituto, a farvi affluire, specialmente a scopo didattico, molta parte di quel materiale, che oggi ancora è assegnato alle infermerie ospitaliere, ed a raccogliervi quei mezzi di investigazione scientifica moderna, che sono indispensabili per lo studio

(1) Op. citato, pag. 5.

e per la più completa utilizzazione di quell' interessante materiale, che la Clinica ogni giorno esibisce alla nostra osservazione.

Era anzitutto urgente in una Clinica, dove non hanno alloggio nè il professore, nè l' assistente, il provvedere a che non mancasse un regolare servizio di pernottanza per parte di un medico, che fosse quotidianamente informato dei fatti clinici nell' Istituto ed ufficialmente addetto ai servizi del medesimo. A tale scopo ho potuto ottenere che fosse designato ad un nuovo posto (ospitaliero) di secondo assistente nella Maternità uno dei medici assistenti dell'Ospedale, già addetto alla Clinica in qualità di medico praticante, ed obbligato a pernottare nell'Ospedale, per servizio di guardia notturna.

Le cresciute esigenze dei servizî nella Clinica pel maggior numero di ricoverate e di allieve, che la frequentano, consigliarono l' istituzione di un altro posto ospitaliero, quello di una levatrice sotto-maestra, che fosse volta a volta conferito ad una tra le migliori allieve della scuola.

Una prova assai lusinghiera di deferenza che ebbi dall' Onorevole Amministrazione dell' Ospedale, fu il permesso di riprendere in esperimento la istituzione, da molti anni soppressa per motivi disciplinari, di un convitto nel recinto della Clinica per allieve interne a pagamento. La retta giornaliera fu per ora stabilita dalla Onorevole Presidenza dell' Ospedale in L. 1, 50: ed io confido che l'esito sotto ogni riguardo soddisfacente avutosi in questo periodo di prova, consiglierà alla Onorevole Amministrazione Ospitaliera di togliere ogni carattere di misura provvisoria, e dare un definitivo assetto a questo utile provvedimento dell' internato delle allieve, che permette a queste maggiori comodità per lo studio, offre loro più numerose occasioni per assistere ad operazioni sì ostetriche che ginecologiche, mentre al Direttore della Clinica moltiplica il personale di servizio ed alle famiglie delle allieve, che dimorino lungi dalla città, fornisce le più tranquillizzanti garanzie morali, che possono desiderare, per la vita ordinata e studiosa, che devono condurre le allieve durante il loro internato nella Clinica.

Un' altra innovazione, che mi sembra meritevole di attenzione, riguarda il concesso ricovero nella Clinica di gestanti e puerpere ammalate. Fin qui i casi di patologia della gravidanza e del puerperio venivano quasi di regola destinati alle infermerie mediche o chirurgiche dell'Ospedale, perchè si considerava la paziente anzitutto come una ammalata di

malattia medica o chirurgica; lo stato di gravidanza o di puerperio era come un semplice *surcharge,* a cui, non per ignoranza di chichessia, ma per *routine* ospitaliera, non si annetteva, al momento della accettazione, tutta quella importanza che pur si merita in base alle ovvie cognizioni sull' influenza reciproca tra puerperalità e malattie.

Ne veniva alla Clinica ostetrica il danno di essere defraudata di un materiale interessantissimo; nelle infermerie ospitaliere poi non era infrequente lo spettacolo, sotto ogni riguardo deplorevole, di donne, che partorivano a termine o ad epoca più o meno anticipata, in quello stesso ambiente, dove trovavansi degenti altre ammalate di ogni età, di ogni forma morbosa, e là trascorrevano più o meno impunemente le fasi del puerperio. D'altra parte l' insufficienza dei locali della Clinica, i pericoli che ne potevano venire alle ricoverate sane dalla vicinanza delle ammalate di forme più o meno gravi e talora anche trasmissibili, sconsigliavano dall' addottare nelle condizioni attuali la grave misura di destinare alla Clinica ostetrica ogni e qualunque caso di malattia in gravidanza od in puerperio. Si finì pertanto coll'addottare il partito, che il Direttore della Clinica di pieno accordo coi Primarî delle diverse sezioni ospitaliere potesse ottenere il ricovero nel proprio Istituto di quelle gestanti o puerpere, le quali per l' indole della loro malattia, per l' interesse scientifico, che potevano presentare, per l'eventuale indicazione di assistenza ostetrica meritassero di essere trasferite dalle comuni sale ospitaliere nella Maternità (lettera dall'Amministrazione, prot. gen. 1012, in data 4 dicembre 1891); e per di più fu destinato uno speciale ambiente nell'Ospedale, dove le ricoverate più gravi e pericolose, non accettabili nella Clinica, fossero curate per la parte medico-chirurgica dai Primarî dell'Ospedale e per l'eventuale assistenza ostetrica dal Direttore della R. Scuola.

Le riforme edilizie, i miglioramenti nell' arredamento dell' Istituto non poterono essere nel biennio gran fatti importanti. Dirò brevemente che furono rese maggiormente suscettibili di disinfezione parecchie camere, facendone lucidare a stucco le pareti, abolendo in esse spigoli ed angoli, sostituendo un pavimento in piastre di cemento a quello polveroso ed assorbente in mattoni. Furono fatti demolire dei grossi cornicioni sagomati, che decoravano in alto la parete dei corridoi della Clinica e rappresentavano dei veri depositi di pulviscolo e di microgermi. Per la

illuminazione delle due sale da parto e di parecchi ambienti della Clinica fu sostituito il gaz alle fumose lampade a petrolio; fu pure provvisto in tale occasione di sorgenti di gaz il nascente laboratorio della Clinica.

Aggiungerò infine, per ciò che riguarda i miglioramenti nella posizione economica del titolare della Clinica, che venne nel marzo 1893 votato dall'Onor. Amministrazione della Provincia di Novara un aumento sullo stipendio del Professore di annue lire seicento.

GENERALITÀ SUL MOVIMENTO CLINICO-DIDATTICO.

L'anno scolastico 1891-92 ebbe principio il 9 novembre 1891 e venne chiuso il 12 luglio 1892. Il successivo cominciò il 7 novembre 1892 ed ebbe termine il 6 luglio 1893.

Il numero delle allieve inscritte per l'anno scolastico 1891-92 fu di 33. Di esse 31 si presentarono agli esami. Nell'anno successivo il numero delle iscrizioni salì a 37; di tali allieve 33 sostennero la prova d'esame. Per di più due levatrici di Novara già patentate, le signore Bernaccino Luisa e Grossi Giovannina, frequentarono con diligenza la scuola in qualità di uditrici. Ecco in riassunto l'esito degli esami:

Anno scolastico	Primo Corso		Secondo Corso	
	promosse	respinte	promosse	respinte
1891-92	14	1	16	—
1892-93	20	—	12	1

Nel biennio scolastico si iscrissero e frequentarono la Clinica in qualità di *praticanti* i dottori Garampazzi, Marchisio e Daffara: a quest'ultimo venne poi assegnato il posto (ospitaliero) di secondo assistente. I signori medici praticanti ebbero opportunità di assistere a molteplici operazioni sì ostetriche che ginecologiche ed anche di eseguirne sotto la guida del Direttore della Clinica.

In ciascuno degli anni scolastici fu tenuto un corso per levatrici cosidette *abusive;* se ne iscrissero 3 nell'anno 1891-92 e 25 nel susseguente.

A dimostrare l'incremento del numero delle allieve, verificatosi presso la Scuola di Novara in questi ultimi anni, valga il seguente specchietto statistico:

Anno	Allieve		Levatrici		Totale
	1.° Corso	2.° Corso	uditrici	abusive	
1889-90 . . .	11	8	—	—	19
1890-91 . . .	17	11	—	2	30
1891-92 . . .	17	16	—	3	36
1892-93 . . .	23	14	2	25	64

Il materiale clinico nel corso dei due anni scolastici venne rappresentato da una somma di 453 ricoverate, come risulta dal seguente prospetto:

	Anno scolastico		Totale
	1891-92	1892-93	
Gestanti presenti in Clinica al principio dell'anno scolastico .	15	11	26
Puerpere presenti in Clinica al principio dell'anno scolastico .	7	9	16
Gestanti accolte durante l'anno scolastico	170	182	352
Donne ricoverate per affezioni ginecologiche.	25	34	59
Totale . . .	217	236	453

Le allieve levatrici, massime quelle del 2.° corso, ebbero occasione nella Clinica di addestrarsi molto nelle esercitazioni pratiche, essendo il materiale clinico abbastanza copioso rispetto al numero delle allieve, e non essendo il medesimo utilizzato anche per l'istruzione di studenti, come necessariamente avviene presso il maggior numero delle Scuole ostetriche in sedi di Università.

MOVIMENTO CLINICO OSTETRICO.

Sommario.

	Anno scolast. 1891-92	Anno scolast. 1892-93	Totale
Gestanti presenti in Clinica al principio dell'anno scol.	15	11	26
Gestanti ricoverate nel corso dell'anno scolastico. . .	170	182	352
Gestanti che partorirono in Clinica	159	164	323
Gestanti sane uscite avanti lo sgravio	8	9	17
Gestanti ammalate, licenziate dopo la cura	5	7	12
Gestanti ammalate, trasferite in comparti ospitalieri .	2	1	3
Gestanti decesse	1	—	1
Gestanti rimaste in Clinica alla fine dell'anno scolast.	10	12	22
Puerpere ammalate, accolte in Clinica dopo lo sgravio a domicilio	1	1	2

Dei 323 parti avvenuti in Clinica durante il biennio può farsi la seguente classificazione:

	Anno scolastico 1891-92		Anno scolastico 1892-93	
Parti abortivi	9	159	7	164
Parti prematuri o precoci. . . .	22		25	
Parti a termine	128		132	
Parti semplici	155	159	154	164
Parti composti	4		6	
Parti a numero di prodotti incerto (aborti incompleti) . . .	—		4	
Parti spontanei.	126	159	133	164
Parti artificiali	33		31	

Le ricoverate che si sgravarono in Clinica possono venire così distinte:

	Anno scolastico 1891-92	Anno scolastico 1892-93	Totale
I gravide	48	58	106
II "	31	28	59
III "	18	20	38
IV "	13	15	28
V "	18	9	27
VI "	9	9	18
VII "	4	3	7
VIII "	6	6	12
IX "	5	6	11
X "	3	2	5
XI "	2	3	5
XII "	1	—	1
XIV "	1	1	2
XV "	—	1	1
A grado di pluriparità incerto	—	3	3

Per riguardo al *sesso* dei nati dalle 323 ricoverate, ricordando come si sieno avuti nel biennio 10 casi di parto bigemellare, vennero registrati:

	Anno scolastico 1891-92	Anno scolastico 1892-93	Totale
Maschi	87	88	175
Femmine	69	78	147
A sesso non riconoscibile (aborti)	7	4	11

Circa alla frequenza delle *presentazioni*, vennero notate:

	Vertice	Faccia	Fronte	Podice	Spalla	Sconosciuta
1891-92 . .	147	—	1	6	2	7
1892-93 . .	150	—	1	11	4	4

Per riguardo infine alla condizione *dei feti* all'epoca della loro nascita, si ebbero:

	Anno scolastico	
	1891-92	1892-93
Feti vivi, sani	120	122
Feti leggermente asfittici, rianimati	22	24
Feti gravemente asfittici, non riavuti e prematuri a vitabilità male assicurata	6	3
Feti morti in travaglio	1	8
Feti macerati	3	7
Feti mostruosi	4	—
Embrioni disciolti e riassorbiti	6	2
Embrioni espulsi a domicilio (aborto incompleto)	1	2
A condizione indeterminata	—	2

Patologia della gravidanza.

	Anno scolastico	
	1891-92	1892-93
Infezione palustre acuta	4	2
Cachessia palustre	3	3
Oligocitemia	1	4

	Anno scolastico	
	1891-92	1892-93
Anemia perniciosa	1	—
Influenza	5	2
Sifilide materna	3	5
Cardiopatia	1	1
Varici cospicue agli arti inferiori	—	1
Varici ai genitali esterni	—	1
Edemi notevoli	—	4
Catarro bronchiale	3	1
Catarro intestinale	1	1
Dissenteria	1	—
Tenia	1	—
Ernia inguinale	1	—
Reliquati di pleuro polmonite sinistra	—	1
Amiotrofia	1	—
Ischialgia	—	1
Catarro congiuntivale	1	—
Periostite al piede	—	1
Osteomalacia in gravidanza	2	—
Uretrocolpite gonorroica	1	—
Idramnios	2	—
Prolasso vaginale con allungamento ipertrofico della cervice	1	—
Fibroma uterino sottoperitoneale	1	—
Fibroma della porzione sopravaginale del collo	1	—
Metrorragie: da aborto	8	5
Metrorragie: da distacco precoce di placenta regolarmente inserita	1	2
Metrorragie da placenta previa	2	4
Albuminuria gravidica	3	9
Nefrite cronica	2	1

Operazioni ostetriche.

	Anno scolastico		Totale
	1891-92	1892-93	
Interruzione artific. della gravidanza a scopo medico	4	4	8
Interruzione artific. della gravidanza a scopo ostetrico	5	1	6
Trattam. operativo in casi d'aborto.	6	5	11
Estrazione manuale	2	2	4
Versione per manovre esterne . .	2	—	2
Versione bipolare	1	1	2
Versione per manovre interne . .	1	2	3
Forcipe allo stretto superiore . .	2	3	5
Forcipe nella escavazione	10	5	15
Forcipe allo stretto inferiore. . .	7	10	17
Forcipe sulle natiche	—	1	1
Sinfisiotomia	1	—	1
Embriotomia sul capo	1	2	3
Embriotomia sul tronco	1	—	1
Operazione cesarea	1	—	1
Riduzione di procidenze	2	—	2
Isterostomatomia	2	2	4
Episiotomia	1	3	4
Perineorafie immediate	8	13	21

Andamento dei puerperî.

Anche nel biennio in discorso, come già nell' anno antecedente, la cifra della morbilità e mortalità delle ricoverate fu assai bassa, specialmente se si tien conto dell'accettazione in Clinica di parecchi casi patologici, che prima venivano senz'altro destinati alle infermerie ospitaliere di medicina e chirurgia.

I decessi nel biennio, tra tutte le ricoverate sia per indicazione ostetrica che ginecologica, furono tre soli: l'uno di donna gravida, nel sesto mese, molto denutrita, colpita da esteso processo di pleuro-polmonite bilaterale (N. 17 del registro di accettazione dell'anno 1891-92). Gli altri due decessi si ebbero in puerpere affette, l'una da anemia perniciosa progressiva (N. 142 dell' anno 1891-92), l'altra da cachessia palustre in estremo grado (N. 31 dell'anno 1892-93).

Ecco uno specchietto riassuntivo dell' andamento dei puerperi, dal quale sono esclusi due casi per l' anno scolastico 1892-93 ed uno per l'anno antecedente, trattandosi di puerpere che nelle prime giornate dopo il parto vennero trasferite nelle infermerie ospitaliere di medicina, essendo tali donne in preda a profonde cachessie, e, per la deficienza di camere d' isolamento, riescendo di grave disturbo e di pericolo alle altre ricoverate:

	Anno scolastico	
	1891-92	1892-93
Puerperî normali	133	134
Puerperî morbosi per malattie *accidentali*	11	13
Puerperî morbosi per malattie *proprie*	13	14
Decessi in puerperio per malattie *accidentali*	1	1
Decessi in puerperio per malattie *proprie*	—	—

Le malattie *accidentali*, che insorsero nel puerperio e ne complicarono il decorso, furono le seguenti:

	Anno scolastico	
	1891-92	1892-93
Catarro intestinale	1	—
Coprostasi e stercoremia	2	6
Orticaria	—	1

	Anno scolastico	
	1891-92	1892-93
Prosopalgia	—	1
Tiroidite acuta	1	—
Tonsillite	1	—
Pleurite	1	—
Febbre reumatica	—	1
Tifoide	—	1
Infezione malarica insorta od acutizzatasi in puerperio	5	3

Le malattie cosidette *proprie* (8. 3 p. 0[0), si ridussero alle seguenti, che tutte volsero presto a guarigione:

	Anno scolastico	
	1891-92	1892-93
Escoriazioni e ragadi (di qualche entità) ai capezzoli	2	1
Ingorgo latteo	1	1
Linfangioite mammaria	1	2
Vulvite settica	—	1
Vulvite ed endometrite	—	1
Endometrite	2	4
Perimetrite (lieve)	—	1
Subinvoluzione (di un grado un po' rilevante)	6	3
Dolorabilità intensa alle branche ischio-pubiche per forzato ampliamento dell'arcata pubica di partoriente osteomalacica	1	—

I *decessi* tra le puerpere, come già dicemmo, furono due (0. 6 p. 0[0), nè l'uno nè l'altro per causa settica.

BREVI CENNI SUI PRINCIPALI ATTI OPERATIVI.

Interruzione artificiale della gravidanza.

A scopo medico.

Anno 1891-92.

I. N. 29. — IIgravida, 25 anni. Profonda cachessia palustre. Anasarca. Acque amniotiche assai abbondanti. Gravidanza al principio del 9.° mese. Urgendo per le gravi condizioni materne l'interruzione della gestazione vengono introdotte, l'una dietro l'altra, due candelette, la seconda delle quali rompe le membrane alla parte alta dell'uovo. Essendovi già una certa disposizione alla anticipata insorgenza del travaglio, questo si dichiara dopo sole due ore dal cateterismo uterino, e si espleta spontaneamente in sei ore. Feto vivo, lungh. 47 cent., peso 2100 gr. In puerperio, regolare per le condizioni locali, la donna è curata con iniezioni di citrato di ferro, di chinino, di liquido Fowler; ed in quattordicesima giornata è trasferita nell'infermeria di medicina, da cui era proveniente, per completarvi la propria cura.

II. N. 105. — IIIgravida, 39 anni. Bacino normale. Nefrite cronica: scadimento della nutrizione generale. Essendo notevolmente abbondante il liquido amniotico, si introduce una candeletta prima lentamente, poi verso il fondo uterino un po' bruscamente per modo da rompere le membrane verso l'alto e dar esito parziale alle acque amniotiche. Più tardi trovandosi il feto in pres. podalica, natiche sole (S. I. D. A.) si abbassa, appena esiste il permittente, il piede destro in vagina; dandosi in seguito aiuto all'uscita del tronco e della testa fetale. Feto asfitico, riavuto; peso 2480 gr., lungh. 47 cent. Puerperio apiretico. Esce la donna in undicesima giornata.

III. N. 138. — IXgravida, 39 anni, denutrita, affetta da stenosi aortica ed insufficenza mitrale. Pelvi normale. Present. vertice S. A. Gravidanza alla fine dell'ottavo mese. Esistendo già fenomeni di mancata compensazione, si decide anticipare artificialmente l'insorgenza del parto. Dodici ore dopo l'introduzione di una candeletta insorgono contrazioni leggiere, che si sospendono dopo lo scolo di acque amniotiche. La candeletta è lasciata in sede per tre giorni, senza che s'abbia l'inizio di nuove doglie. Il travaglio si dichiara in quarta giornata e procede poi

speditamente. Feto vivo, lungo 42 cent. con un peso di 1670 gr. Puerperio apiretico. La madre, migliorata, deve per gravi motivi di famiglia lasciare la Clinica in ottava giornata.

IV. N. 142. — IIgravida, 27 anni; alle ultime fasi della anemia perniciosa progressiva. Viene trasferita in Clinica da una delle infermerie mediche dell'Ospedale, dove era degente. Vomito e diarrea irrefrenabili: edema polmonare, polso filiforme. Gravidanza sullo scorcio dell' ottavo mese. Pres. vertice. Essendovi già tendenza alla spontanea interruzione della gravidanza, si sollecita tale fatto mediante introduzione di una candeletta. A dilatazione permittente, ed a testa già pescante nell'escavazione si dà blando aiuto alla povera donna mediante applicazione di forcipe, intanto che si sostengono le forze della medesima con iniezioni ipodermiche di caffeina, di olio canforato, ed enteroclisi di acqua salata (0. 6 0[0) e cognac. Feto morto, lungo 40 cent. Malgrado ogni cura, malgrado che la perdita sanguigna durante e dopo il secondamento fosse stata veramente esigua e l' utero ben retratto, lo stato della donna si andò sempre più aggravando ed il decesso avvenne un'ora e mezza dopo lo sgravio.

Anno 1892-93.

V. N. 21. — XIpara, 37 anni. Pelvi normale. Donna gravemente deperita, affetta da catarro bronchiale cronico con reliquati di pleuropolmonite sinistra. *Placenta marginalmente previa.* Present. vertice. Il parto si provoca mediante puntura delle membrane; a dilatazione di 4 cent., versione bipolare e più tardi aiuto manuale all' uscita del feto. Questi nasce vivo: è lungo 38 cent., con un peso di 1300 gr. Puerperio apiretico. In quarta giornata, la donna viene trasferita nuovamente nell'infermeria medica, dove già prima trovavasi degente.

VI. N. 128. — Vgravida, 23 anni, nel sesto mese di gestazione, affetta da nefrite cronica. Per le condizioni gravi materne si decide l'interruzione della gravidanza. Candeletta, sacchetto di Barnes, ed infine, dopo lo scolo delle acque, zaffamento di parte della cavità uterina con garza sterilizzata. Espulsione spontanea del feto: secondamento artificiale. Il puerperio decorre normale per le condizioni dell' apparato genitale; morboso invece per la naturale persistenza della affezione renale e per l'aggiungersi di accessi febbrili da infezione palustre, che cedono presto all'uso di chinacei. La donna esce in condizioni migliorate e per urgenti motivi di famiglia in decima giornata.

VII. N. 142. — Vgravida, 36 anni, pensionante. Gravida alla fine del quinto mese, affetta da nefrite acuta desquammativa. Per la provo-

cazione del parto si impiegano cinque giorni, male rispondendo la eccitabilità uterina all'applicazione di un grosso cono di laminaria, poi di una candeletta, più tardi alla puntura artificiale dell'uovo, ed allo zaffamento parziale del cavo uterino con garza sterilizzata. In quinta giornata, sotto cloronarcosi, ottenuto, a mezzo di dilatatori Hegar, il permittente per parte della cervice uterina, si compie l'estrazione digitale del feto e dei suoi annessi; indi si procede al raschiamento ed allo zaffamento profilattico endouterino a scopo emostatico. Rapida scomparsa dell'albuminuria. Il puerperio, durante il breve soggiorno della paziente in Clinica (5 giorni), fu apiretico e per tutto regolare. La paziente volle in seguito essere trasferita presso suoi parenti in città.

VIII. N. 162. — Igravida, 28 anni. Cachessia palustre, albuminuria grave, edemi diffusi. Pelvi normale. Presentaz. vertice, S. A. Le prime doglie si appalesano circa 24 ore dopo l'introduzione di una candeletta. Durante il travaglio, con iniezioni ipodermiche di siero artificiale, di caffeina, di stricnina, si sostengono le forze della donna, alla quale si viene poscia in aiuto, in periodo espulsivo, mediante applicazione di forcipe allo stretto inferiore. Feto morto, lungo 42 cent., con un peso di 1770 gr. A scopo profilattico di emostasi uterina si pratica dopo il secondamento lo zaffamento alla Dührssen del cavo uterino con garza sterilizzata. La paziente viene in seguito trasferita in infermeria di medicina.

* * *

Durante la provocazione e l'assistenza del parto nella paziente N. 162, che versava in gravissimo stato per avanzata cachessia palustre, ed albuminuria, come anche in altri casi congeneri, misi a prova e riconobbi assai vantaggiose nel sostenere le forze delle pazienti le *iniezioni sottocutanee di siero artificiale*, raccomandate come mezzo tonico del sistema nervoso ed atte a combattere l'ipotensione arteriosa da Crocq (figlio), da Cheron, da Huchard e da altri. La formola da me preferita, in quanto fra i sali vi figura il fosfato sodico, a cui si vuole assegnare una notevole importanza nell'efficacia di tali iniezioni, è la seguente:

Fosfato sodico	gr.	12. —
Solfato sodico	»	2. 50
Cloruro sodico	»	5. —
Acqua sterilizzata . . .	»	100. —
Acido carbolico	»	0. 50

Dalle dosi minime di 5-10 grammi di siero artificiale io mi spinsi in alcuni casi, massime se all'esaurimento nerveo-muscolare si associavano condizioni di anemia acuta, a quelle di 150-250 grammi nelle 24 ore, modificando in tali casi la formola anzidetta col diluirla con acqua sterilizzata fino al rapporto 1 : 5, riducendo a minima dose l'aggiunta di acido carbolico e cercando per tal modo, con l'introduzione nell'economia di fosfato sodico ed in pari tempo di una certa quantità di liquido, di combattere ad un tempo e l'esaurimento nervoso e la coesistente ipotensione arteriosa.

Importa del resto notare che già per soli 5 grammi di siero artificiale il Cheron assicura di avere constatato un aumento di energia sistolica ed un rialzo della tensione arteriosa per la durata di alcune ore e talora di qualche giorno (1); e ciò, a malgrado che nella formola usata dal Cheron non figurino sali fosfati:

Solfato di sodio	gr.	8
Cloruro di sodio	»	2
Acido fenico glac.	»	1
Acqua distillata sterilizzata .	»	100

Le iniezioni *intravenose* di soluzioni saline normali, raccomandate anche di recente nella pratica ostetrico-ginecologica da Sternberger (2), da H. R. Spencer (3), da Coe (4), oltrechè non servono che a combattere l'ipotensione arteriosa in casi di emorragie, senza che abbiano, come le iniezioni ipodermiche di siero artificiale, una speciale azione tonico-stimolante sul sistema nervoso, possono riescire, come avverte Kortmann di Amburgo, sommamente pericolose, in quantochè, oltre alle eventuali conseguenze di una tecnica non perfetta, possono, per una immediata elevazione della pressione endovasale, esser causa di nuove emorragie, mentre a sua volta la replezione acuta del sistema venoso può cagionare

---

(1) Associazione francese per l'avanzamento delle Scienze. — Sessione di Besançon. — Tornata 5 agosto 1893.

(2) Sternberger. *Med. record,* 1893. In: *Centralb. f. Gynäk.,* 1893, N. 34.

(3) Spencer. *Lancet,* 11 e 18 giugno 1892.

(4) Coe. Seduta 5 aprile 1892 della Società ostetrica di New-York. In: *New-York Journal of Gyn. and Obstetr.,* 1892.

insufficienza cardiaca (1). Lo Sternberger raccomanda, a dir vero, di iniettare liquido a temperatura alquanto più elevata di quella del corpo della paziente e di associare iniezioni ipodermiche di stricnina. Resta però a provarsi se bastino tali cautele ad aggiungere efficacia alle iniezioni saline intravenose e sopratutto a scongiurarne i pericoli sovraccennati.

Nell' istesso caso (N. 162), come pure in genere nella assistenza di donne, quali vengono non infrequentemente ricoverate nella Clinica di Novara, in preda a profonda cronica anemia, ad irreparabile cachessia palustre, ebbi occasione di praticare *a scopo semplicemente profilattico,* il tamponamento endouterino *alla Dührssen* con garza sterilizzata, ottenendo con tal mezzo, vale a dire colla permanente compressione *post partum* dell' area sanguinante di inserzione placentare e delle lacerazioni del canale cervico uterino, il vantaggio di prevenire in tali donne la possibilità anche di lievi, ma pur fatali emorragie *post partum,* di favorire anzi il trombizzarsi dei vasi, di eccitare la contrazione uterina e di ridurre quindi la perdita sanguigna dopo il parto alle proporzioni minime possibili.

A scopo ostetrico.

Anno 1891-92.

IX. N. 73. — IIIpara, 32 anni. Pelvi universalmente, irregolarmente ristretta non rachitica. C. D. 97 mm., C. V. 80. Pres. vertice, D. P. Perdette in addietro i suoi bambini durante il soprapparto e venne operata la prima volta di forcipe, la seconda di craniotomia. I puerperi furono morbosi. Nell' attuale gravidanza si interviene colla provocaz. artificiale del parto alla metà circa del nono mese. Met. Krause. Parto spontaneo: feto vivo, sano, lungo 48 cent., con un peso di 2730 grammi. Puerperio regolare. Vuole escire per motivi di famiglia in nona giornata.

X. N. 107. — IVpara, 31 anni. Pelvi rachitica, universalmente irregolarmente ristretta. C. D. 100, C. V. 85. Dei parti antecedenti il primo fu abortivo, il secondo artificiale, a termine (forcipe, feto vivo), il terzo prematuro provocato (estrazione manuale, feto morto). Si decide inter-

---

(1) Kortmann. « Ueber d. Werth parenchymatöser Salzwasserinjectionen bei akuten Anämien. » *Deutsche med. Wochenschrift,* 1892, N. 16.

rompere la gravidanza verso la metà del nono mese. Vert. D. T. allo stretto superiore. Abbondanza notevole di liquido amniotico. *Placenta inserita in basso, quasi in modo marginalmente previo.* Colla puntura artificiale del sacco e colla dilatazione dell'orificio uterino (a collo disfatto) mediante dilatatori metallici di Graily Hewitt e di Schültze si ottiene, in seconda giornata dall' inizio delle manovre, il permittente per espletare il parto mediante forcipe. Feto leggermente asfitico, riavuto: lunghezza 49, peso 2670. Puerperio regolare. Esce in tredicesima giornata.

XI. N. 110. — VIIgravida, 35 anni. Pelvi universalmente ristretta, non rachitica. C. D. 105, C. V. 90 mm. L' indicazione all' interruzione della gravidanza è complessa, data cioè dalla pelvica viziatura e dalle condizioni materne di grave deperimento per catarro bronchiale cronico, dissenteria. Si esperiscono per la dilatazione uterina (essendo già il collo per massima sua parte disfatto) i dilatatori di Graily Hewitt e di Schültze, applicati per più ore e divaricati lentamente nelle rispettive loro branche (quello di Schültze a mezzo di anello elastico applicato alle branche). L' insorgenza del travaglio è tarda, e languido l'andamento del medesimo. A dilatazione di sei cent. si riconosce, a membrane integre, la procidenza del funicolo e di una mano a lato della presentazione (vert. S. A.). Per cui, allo scopo anche di affrettare l'andamento del parto, si pungono le membrane e, con versione bipolare, si abbassa il piede destro. Mantenendosi il battito fetale abbastanza regolare, non si aiuta che più tardi l'uscita del tronco e della testa fetale. Feto asfitico, riavuto, lungh. 49, peso 2700 grammi. Puerperio apiretico. Esce col proprio bambino in tredicesima giornata.

XII. N. 159. — IIIpara, 27 anni, pelvi universalmente ristretta, leggermente appiattita, non rachitica. C. D. 102, C. V. 87. Primo parto abortivo; secondo artificiale (craniotomia a testa ultima dopo rivolgimento). Nell'attuale gravidanza, giudicandosi alla palpazione fetometrica, che il feto fosse notevolmente sviluppato, si decide sollecitare l' insorgenza del travaglio nella prima metà del nono mese. Inizio delle doglie 31 ore dopo l' introduzione della candeletta. In periodo dilatante, a membrane integre, si trasforma mediante versione esterna la pres. di spalla (C. I. S.) in altra di vertice (O. I. S.). Il parto segue in modo spontaneo. Feto vivo, lungo 49 cent., con un peso di 3500 grammi. Puerperio regolare. Per motivi di famiglia la donna lascia la Clinica in nona giornata.

XIII. N. 168. — IIIgravida, 34 anni, agiata. Entra come pensionante, perchè desiderosa di salvare il proprio bambino, avendo perduto gli altri nei parti precedenti. Pelvi universalmente leggermente ristretta, non rachitica, C. B. 19,5, C. D. 11, C. V. 95 mm. Coesiste notevole pro-

lasso vaginale con cospicuo allungamento ipertrofico della porzione sopravaginale del collo. Alla metà del nono mese, riconosciuto all' esame fetometrico già notevole lo sviluppo del bambino, si interviene sollecitando, mediante introduzione di una candeletta, l' insorgenza del travaglio. Dopo circa 12 ore colano spontaneamente le acque, ed in breve si dichiara e si compie con valide contrazioni il travaglio. Feto vivo, lungo 49 cent., con un peso di 2950 gr. Puerperio regolare. Sollecitata da motivi di famiglia, deve lasciare la Clinica in ottava giornata, tornando al suo paese col proprio bambino in ottime condizioni.

Anno 1892-93.

XIV. N. 90. — IIIgravida, 33 anni. Bacino universalmente ristretto, rachitico; con lussazione traumatica, posteriore superiore del femore sinistro. C. D. 95, C. V. 80 Pres. vertice allo stretto superiore. *Placenta marginalmente previa.* Interruzione artific. della gravidanza nella prima metà del nono mese. L' introduzione della candeletta dà luogo a lieve stillicidio di sangue, che cessa però presto. Da tale manovra all' inizio del parto due sole ore (ciò verosimilmente in grazia a preesistente notevole disposizione al parto precoce spontaneo). In periodo espulsivo, in causa di eccessiva frequenza delle contrazioni uterine, si appalesano fenomeni di sofferenza fetale. Forcipe Schroeder allo stretto superiore. Feto asfitico, riavuto; lungo 45 cent., con un peso di 2420 gr. Puerperio regolare. Esce col proprio bambino in tredicesima giornata.

* * *

In oggi in cui ammiratori entusiasti della sinfisiotomia vorrebbero estendere le indicazioni di questa anche a scapito del parto prematuro e precoce artificiale, non è forse inutile mettere in giusta evidenza i buoni risultati che questa operazione sa dare come compenso delle pelviche ristrettezze e segnalare anche ogni più modesto titolo, che possa avere, perchè le venga conservato il proprio credito nella pratica ostetrica. Il materiale della Clinica di Novara dall' epoca in cui io ne assunsi la direzione, somma a 9 casi, nei quali tutti il puerperio decorse affatto regolare. Quanto alla sorte (prossima) dei bambini, 8 dei medesimi (88. 8 0[0) nacquero vivi, in buone condizioni: e ciò, a malgrado che a minacciare l'esistenza del feto si fossero avuti in questi 8 parti due volte l' inserzione ectopica della placenta, due volte la procidenza del funicolo, due

volte la presentazione podalica (in un caso secondaria a versione), una volta quella della spalla. Nell'unico caso in cui si ebbe a deplorare la perdita del bambino, la presentazione era di natiche sole, e coesisteva procidenza del cordone (Vedi N. VII dell'anno scolastico 1890-91) (1). Nei casi IX, XII e XIII del biennio 1891-93 le madri, tutte tre terzigravide, avevano perduto nei parti precedenti i loro bambini.

Intervento in casi d'aborto.

Anno 1891-92.

I. N. 21. — IVpara, 25 anni. Pelvi normale. Viene accolta in travaglio abortivo (prima metà del sesto mese). Feto morto, macerato. Uovo integro. Perdita sanguigna scarsa, contro la quale a domicilio era stata somministrata ergotina ed applicato lo zaffo vaginale. In Clinica, a permeabilità cervicale permittente, punte le membrane, si affretta l'uscita del feto mediante trazioni sulla testa fetale con pinza uncinata Schroeder. Il feto, lungo 29 cent., è leggermente, universalmente edematoso: bolle di pemfigo sifilitico. Peso degli annessi (placenta sifilitica) grammi 540. Puerperio regolare. Esce in nona giornata.

II. N. 25. — IIIpara, 29 anni, gravida sul principio del terzo mese. Pelvi regolare. Viene ricoverata dopochè da quattro giorni insistevano perdite sanguigne. Messo in luce e fissato il collo uterino, si estrae facilmente, mediante pinza da medicazione uterina, l'uovo colle rispettive caduche, in grembo alle quali si riscontrano estese apoplessie sanguigne di data diversa. Nessuna traccia di embrione nel cavo ovulare. Puerperio regolare. Esce in nona giornata.

III. N. 144. — VIIIpara, 35 anni, gravida alla fine del secondo mese, accolta ad aborto incoato ed inevitabile. Perdite sanguigne da 10 giorni. Si pratica il tamponamento vaginale e più tardi l'estrazione dell'uovo: raschiamento con cucchiaio Schroeder e medicazione endouterina con creolina pura. Puerperio regolare. Vuole uscire in ottava giornata.

IV. N. 145. — VIIIgravida, 40 anni, molto denutrita, viene trasportata in Clinica in condizioni gravi di anemia. T. 39. 6. Aborto incompleto a domicilio, nel corso del terzo mese; scolo abbondante di liquame

---

(1) Truzzi. « Relazione sommaria, ecc., » pag. 15.

sanguinolento, decomposto. Alcuni frustoli ovulari sporgono dall' ostio esterno uterino, altri aderiscono in cavità. Raschiamento e medicazione endouterina con creolina pura. Dopo tale intervento, pronta caduta della febbre ed involuzione regolare. Legger miglioramento nelle condizioni generali mediante iniezioni ipodermiche di citrato di ferro. Esce in sedicesima giornata.

V. N. 162. — IXpara, 36 anni, accolta in travaglio abortivo nel secondo mese di gravidanza, con perdite sanguigne che, più o meno copiose, duravano da cinque giorni. L'uovo, già impegnato nel tramite cervicale, viene facilmente estratto mediante pinza uterina, a collo messo in luce collo speculum Cusco. Medicazione endouterina con creolina pura. Puerperio regolare. Esce in undecima giornata.

VI. N. 166. — Ipara, 21 anni; viene accolta in preda ad infezione malarica ed in travaglio abortivo (secondo mese). Collo uterino appena permeabile al dito esploratore; emorragia. Si pratica il tamponamento vaginale ed il giorno successivo, a collo uterino permittente e messo in luce mediante speculum, si estrae con pinza uterina l'uovo: raschiamento e disinfezione endouterina con creolina. In puerperio, regolare per l'andamento locale, insistono per qualche tempo le manifestazioni malariche, che cedono poi all'uso reiterato di chinacei. La donna si alza in quattordicesima ed esce in diciottesima giornata, in buone condizioni.

Anno 1892-93.

VII. N. 125. — IIgravida, 24 anni. Gravi metrorragie a domicilio, dove venne espulso un embrione dell'età di circa 3 mesi. In Clinica si provvede alla sollecita estrazione degli annessi già impegnati nel tramite cervicale. Decorso apiretico. Esce in diciottesima giornata.

VIII. N. 128. — Vgravida, 23 anni. Vedi *Interruzione artific. della gravidanza a scopo medico,* N. VI.

IX. N. 142. — Vgravida, 36 anni. Come sopra, N. VII.

X. N. 155. — IXpara, 33 anni. Viene accolta in preda a notevole ed insistente perdita di sangue per spontanea interruzione della gravidanza nel corso del secondo mese. Si completa l' aborto mediante raschiamento. Puerperio regolare. Esce in nona giornata.

XI. N. 188. — Ipara, 23 anni. Viene trasportata in Clinica in istato di grave anemia per emorragie che, più o meno insistenti e cospicue, duravano da 6 giorni. Venne ripetutamente esplorata a domicilio. L'utero è già assai dolente all' esame; la gravidanza è nel corso del secondo

mese. Col raschiamento si espleta l'aborto: indi si medica il cavo uterino con creolina pura. Nei primi quattro giorni il puerperio decorre leggermente morboso per mite grado di endometrite settica: in seguito a lavature antisettiche si fa regolare. Esce per motivi di famiglia in decima giornata.

Estrazione manuale.

Anno 1891-92.

I. N. 110. — Vedi *Interruz. della gravid. a scopo ostetrico,* N. XI.

II. N. 127. — IIgravida, 40 anni. Pelvi universalmente, irregolarmente ristretta, non rachitica. C. B. 16,5 cent., C. D. 80-85 mm., C. V. 65-70 mm. Parto antecedente artificiale (craniotomia). La gravidanza attuale si interrompe spontaneamente ad epoca prematura. La donna viene ricoverata in Clinica a travaglio iniziato; esiste *placenta marginalmente previa,* per la quale eransi verificate perdite sanguigne nel giorno avanti. Present. podalica completa S. I. D. A. Commemorativi sull'epoca attuale della gravidanza affatto incerti: misura di Ahlfeld 21,5 cent., lunghezza del piede 64 mm. Si confida pertanto, in base anche ai dati della palpazione fetometrica, di poter estrarre il feto senza premettere di necessità la sinfisiotomia. Occorrono però trazioni energiche pel disimpegno della testa fetale, che viene estratta con una marcata depressione in corrispondenza al parietale sinistro. Il feto, asfitico, è bene rianimato: lungh. 45 cent., peso 1460 gr. (dopo perdita di meconio). Puerperio regolare. Vuole uscire, stante imperiosi bisogni di famiglia, in sesta giornata.

Anno 1892-93.

III. N. 21. — XIpara, 37 anni. Vedi *Interruzione della gravidanza a scopo medico,* N. V.

IV. N. 153. — Ipara, viziata. V. *Forcipe sulle natiche,* N. XXXVII.

Versione con manovre esterne.

Anno 1891-92.

I. N. 123. — IXgravida, 45 anni. Vedi *Sinfisiotomia.*

II. N. 159. — IIIpara, 27 anni. Vedi *Interruz. artific. della gravidanza a scopo ostetrico,* N. XII.

Versione bipolare.

Anno 1891-92.

III. N. 110. — VIIgravida, 35 anni. Vedi *Interruz. artificiale della gravidanza a scopo ostetrico,* N. XI.

Anno 1892-93.

IV. N. 21. — XIpara, 37 anni. Vedi *Interruz. artific. della gravidanza a scopo medico,* N. V.

Versione con manovre interne.

Anno 1891-92.

V. N. 178. — VIpara, 37 anni. Pelvi normale. Entra in Clinica a travaglio iniziato, a membrane rotte da più ore. Present. vertice, D. P. mobile allo stretto superiore con procidenza composta della mano destra e del funicolo pulsante. Appena esiste il permittente, si procede al rivolgimento con manovre interne, indicato anche da incipiente sofferenza del feto. Questo infatti, benchè sollecitamente estratto, nasce in condizioni di asfissia bleuastra; viene però prontamente rianimato. Lungh. 48 cent., peso 2500 gr. Puerperio regolare. Esce in decima giornata.

Anno 1892-93.

VI. N. 25. — IIIpara, 27 anni. Pelvi normale. Viene accolta in soprapparto, a dilatazione di 6 cent. Pres. spalla destra, posiz. sinistra. Tentativo inefficace di versione con manovre esterne, che si riconobbe poi difficoltata da brevità relativa del funicolo per due circolari attorno al collo fetale. A dilataz. completa, rivolgimento con manovre interne. Feto vivo, sano; lungh. 54 cent., peso 3840 gr. Puerperio normale. Esce in undecima giornata.

VII. N. 62. — IIpara, 38 anni. Albuminuria gravidica. Pelvi universalmente ristretta, rachitica. C. B. 18 cent., C. D. 92,5, C. V. 77,5. Parto gemellare. Forcipe allo stretto superiore sul primo feto (vivo); versione sul secondo (spalla destra, posiz. sinistra; feto morto macerato; nessuna tendenza all'evoluzione spontanea podalica, stante la debolezza delle contrazioni). Puerperio regolare. Esce in sedicesima giornata.

Riduzione di arti procidenti.

Anno 1891-92.

I. N. 62. — XIpara. V. *Applic. di forcipe nella escavazione,* N. VIII.

II. N. 125. — IIIpara, 26 anni. Bacino normale. Viene tradotta in Clinica in travaglio, a membrane rotte, dilatabilità uterina quasi completa e con diagnosi di presentazione di spalla; vi ha invece presentazione di vertice, S. A. allo stretto superiore con procidenza della mano e del piede destro al lato del bacino. Si fa giacere la donna sul fianco sinistro e si ottiene facilmente di ridurre definitivamente il piede, mentre la mano, ridotta, ridiscende poco dopo a lato della parte presentata. Il compimento del parto non ne resta però in alcun modo disturbato. Feto vivo; lungh. 49 cent., peso 2670 gr. Puerperio regolare. Vuole escire in ottava giornata.

Forcipe allo stretto superiore.

Anno 1891 92.

I. N. 4. — Vedi *Embriotomia sul capo.*

II. N. 18. — IIpara, 24 anni. Pelvi universalm. leggerm. ristretta, atrofica. Diam. Sp. 21, D. Cr. 27, D. Obb. 22,5 e 23, D. B. 18,5. Dopo quasi sei ore di periodo espulsivo, a testa fetale plasticamente ben modellata, si interviene mediante forcipe Schroeder. Due circolari di funicolo, strette al collo fetale, obbligano alla recisione del cordone avanti l'estrazione del tronco del feto, che nasce asfitico, ma viene presto rianimato. È lungo 52 cent, con un peso di 3050 gr. Lacerazione cutanea perineale di cent. 1,5; sutura con catgut. Puerperio regolare, salvo lieve subinvoluzione. Esce in dodicesima giornata.

Anno 1892-93.

III. N. 62. — IIgravida, 38 anni. Affetta da albuminuria gravidica; pelvi rachitica, universalmente ristretta. C. D. 92,5, C. V. 77,5. — Vedi *Versione con manovre interne,* N. VII.

IV. N. 90. — IIIgravida, 33 anni. Pelvi rachitica universalmente ristretta. V. *Interruzione artific. della gravid. a scopo ostetrico,* N. XIV.

V. N. 179. — Ipara, 24 anni; abito linfatico, affetta in gravidanza da

periostite suppurata al piede destro. Bacino regolare. Parti molli resistenti, poco preparate. Durante il travaglio si appalesa albuminuria. La presentazione (vertice D. P.) per scarsa sua flessione e pel volume suo mantiensi elevata sullo stretto superiore. A dilatazione permittente, raggiuntasi dopo 18 ore di travaglio, si interviene mediante forcipe, che viene tolto appena la testa preme sul piano perineale. L'occipite ruota allora con movimento rapido in avanti: le contrazioni si fanno incalzanti ed una episiotomia non riesce a salvare il perineo da una lacerazione di secondo grado. Feto vivo, lungh. 54 cent., peso 3300 gr. Sutura perineale a piani con catgut. Coalito incompleto *per primam:* sutura secondaria. Puerperio apiretico. Esce in trentunesima giornata.

Forcipe nell'escavazione.

Anno 1891-92.

VI. N. 1. — Vgravida, pelvi normale. Vert. S. A. Inerzia uterina primitiva (21 ore di travaglio). Applicazione di forcipe a presentazione non rotata. Feto vivo, lungo 50 cent., con un peso di 3170 grammi. Puerperio regolare. Esce in undicesima giornata.

VII. N. 17. — Igravida, attempata (33 anni), bacino normale, rigidità delle parti molli. Scolo delle acque amniotiche cinque giorni avanti l'inizio del parto. Inerzia uterina. Anchilosi sacro-coccigea. Durata complessiva del travaglio ore 19 e mezzo, delle quali quasi cinque di periodo espulsivo. Si interviene mediante forcipe a presentaz. non peranco rotata. Feto leggermente asfitico, rianimato: peso 3050 grammi, lungh. 50 cent. Puerperio regolare. Esce in decima giornata.

VIII. N. 30. — Igravida, 29 anni. Pelvi normale. Vertice D. P. Lieve albuminuria in travaglio: irregolarità delle contrazioni: scolo delle acque due giorni avanti l'esordio del travaglio. Dilatazione uterina molto stentata. Isterostomatomia. Più tardi, essendo sopravvenuto un accesso eclampsico, si interviene mediante forcipe, completando col medesimo l'iniziato movimento di rotazione interna. Feto asfitico, riavuto: lunghezza 48 cent., peso 2700 grammi. Nessun altro accesso dopo lo sgravio. Puerperio regolare. Esce in decima giornata.

IX. N. 62. — XIpara, 35 anni, pelvi normale. Viene tradotta in Clinica a travaglio inoltrato, acque colate da 14 ore. Pres. vertice, poco flessa, O. I. S. P. con associazione della mano destra. Mancata rotazione interna. Ridotta la mano, si applica il forcipe, con cui si invita la testa a ruotare in occipito sacrale. Feto vivo, lungh. 51, peso 3500 grammi. Puerperio regolare. Esce in nona giornata.

X. N. 66. — Ipara, 21 anni. Bacino universalmente, regolarmente ristretto. Circonf. pelvica 78 cent., D. sp. 22 cent., D. cr. 25,5, D. bitr. 29 cent., D. obbliqui 23 cent., D. B. 18 cent. Il promontorio si raggiunge con difficoltà anche col dito medio associato all' indice. Pres. vertice, S. A., già leggermente pescante nello scavo all' esordio del parto. Scolo delle acque fuori travaglio, contrazioni irregolari e fenomeni di sofferenza fetale. Isterostomatomia e più tardi, a dilatazione permittente, applicazione di forcipe alla parte media dello scavo, a testa fetale non ancora rotata. Feto gravemente asfitico, che non può essere rianimato: lungo 53 cent. con un peso di 3150 grammi. Laceraz. perin. di secondo grado: sutura con catgut. Puerperio regolare; coalito per *primam*. Esce in dodicesima giornata.

XI. N. 107. — IVpara, 31 anni. Bacino universalmente ristretto da rachitismo. Vedi *Interruz. artif. della gravidanza a scopo ostetrico*, N. X.

XII. N. 136. — IIgravida, 31 anni. Pelvi normale. Vert. D. P. Parto precoce spontaneo. Inerzia uterina spasmodica. Sofferenza fetale. Applicazione di forcipe, a testa non ruotata, col metodo Loviot. Feto vivo; lungo 46 cent., con un peso di 2550 grammi. Puerperio regolare. Esce in nona giornata.

XIII. N. 142. — IIgravida. Pelvi regolare. Vedi *Interruzione artificiale della gravidanza a scopo medico*, N. IV.

XIV. N. 155. — Vgravida, 31 anni, affetta da nefrite cronica acutizzata. Bacino normale. Pr. vertice S. A. Viene accolta in Clinica in soprapparto; le contrazioni sono a tipo assai irregolare; il feto sofferente. Si interviene mediante forcipe a testa fetale già in vagina. Feto vivo: lunghezza 50 cent., peso 3070 grammi. Puerperio apiretico; albuminuria diminuita in seguito al parto, ed all' uso di acido gallico. Vuole uscire in decima giornata.

XV. N. 163. — IIIpara, 41 anni, scheletro gravemente deturpato da osteomalacia. Viene tradotta in Clinica in travaglio di parto da Ghemme (Novara) per preveduta necessità da parte del medico locale di sezione cesarea. Durante il viaggio sotto contrazioni potenti la testa fetale riesce a farsi strada fino alla parte bassa dell'escavazione. Qui si arresta contro l'angustia della arcata pubica. Si riesce però, sotto cloronarcosi, ad applicare il forcipe ed estrarre con qualche stento in posizione occipito-sacrale un feto leggermente asfitico che potè essere bene rianimato: lungh. 49 cent., peso 2500 grammi. Puerperio apiretico, disturbato, solamente per pochi giorni, da dolori alle branche ischio-pubiche e da temporanea incontinenza delle urine. Esce in ventitreesima giornata.

Anno 1892-93.

XVI. N. 76. — Ipara, 29 anni. Pelvi normale. Albuminuria in travaglio. Pres. vertice D. P. Inerzia uterina e resistenza dell'orificio uterino alla dilatazione. Isterostomatomia e più tardi applicazione di forcipe Schroeder col metodo Loviot. Feto vivo: lungh. 49 cent., peso 2840 gr. Puerperio regolare. Pronta cessazione dell'albuminuria. Esce in undicesima giornata.

XVII. N. 88. — IIIgravida, 29 anni. Pelvi regolare. Pres. vertice S. A. fissa alla parte alta dello scavo. In periodo espulsivo, per insorta sofferenza fetale da andamento spasmodico delle contrazioni, si interviene mediante forcipe. Feto leggermente asfitico, riavuto: lungh. 50 cent., peso 3370 grammi. Puerperio regolare. Esce in decima giornata.

XVIII. N. 94. — IIgravida, 37 anni. Pelvi normale. Pres. vertice S. A. Fenomeni di sofferenza fetale. Inerzia uterina relativa. Forcipe alla parte bassa dello scavo. Feto asfitico, riavuto: lungh. 49, peso 2750 grammi. Puerperio regolare. Esce in dodicesima giornata.

XIX. N. 95. — Igravida, 24 anni. Pelvi normale. Pres. vertice S. A. In periodo espulsivo fenomeni inquietanti di asfissia acuta fetale. Forcipe nello scavo. Una circolare molto serrata attorno al collo fetale. feto asfitico, riavuto: lungh. 47, peso 2590 grammi. Puerperio regolare. Esce in dodicesima giornata.

XX. N. 173. — Ipara, 17 anni, sifilitica. Bacino normale. Vertice S. A. Sclerosi caratteristica della cervice uterina. Fenomeni di sofferenza fetale. Il primo stadio, benchè abbreviato da isterostomatomia, ha una durata di quasi 16 ore: a dilatazione completa, si interviene mediante applicazione di forcipe. Il feto, senza traccie apparenti esterne di sifilide, con una lungh. di 46 cent., ed un peso di 2350 gr., viene prontamente rianimato. Puerperio morboso per vulvite ed endometrite settica: guarigione. Esce in decimasesta giornata.

Forcipe allo stretto inferiore.

Anno 1891-92.

XXI. N. 2. — Igravida, d'anni 23, pelvi normale. Vert. S. A. Inerzia uterina secondaria. Forcipe a presentaz. già rotata. Laceraz. perineale di primo grado: 2 punti in seta. Feto legg. asfitico, riavuto; lunghezza 49 cent., peso 3070 gr. Puerperio regolare. Esce in dodicesima giornata.

XXII. N. 3. — Igravida, d'anni 22, bacino normale. Vertice S. A. Sviluppo ragguardevole del feto e resistenza delle parti molli materne. Insufficienza relativa delle forze espulsive. Forcipe al piano perineale. Feto legg. asfitico, riavuto: lungh. 52 cent., peso 3470 grammi. Puerperio normale. Esce in nona giornata.

XXIII. N. 6. — Igravida d'anni 26, pelvi normale. Vertice S. A. Forcipe per inerzia uterina secondaria in periodo espulsivo e resistenza del perineo. Feto vivo: lungh. 51 cent., peso 3240 grammi. Lacerazione perineale di primo grado (2 punti in catgut). Puerperio regolare. Esce in dodicesima giornata.

XXIV. N. 40. — Igravida, 25 anni, convalescente di influenza. Pelvi universalmente, regolarmente ristretta in lieve grado, non rachitica. Vertice S. A. Forcipe per inerzia uterina e resistenza delle parti molli. Feto vivo: lungh. 50 cent., peso 3180 grammi. Puerperio regolare. Vuole escire in nona giornata.

XXV. N. 43. — Igravida, 24 anni. Pelvi regolare. Present. vertice S. A. Inerzia uterina: esaurimento delle forze materne. Feto leggermente asfitico, riavuto, lungh. 48 cent., peso 2800 grammi. Puerperio normale. Esce in decima giornata.

XXVI. N. 84. — Igravida, 26 anni. Pelvi normale, varietà piccola. Ipoplasia delle parti genitali esterne. Pres. vertice S. A. Dopo quattro ore di periodo espulsivo, per insufficienza assoluta e relativa delle forze materne, si interviene mediante forcipe, a donna in posizione laterale. Lacerazione perineale di 2 cent., sutura con catgut. Feto vivo: lunghezza 49 cent., peso 2760 grammi. Puerperio regolare, coalito per *primam*. Non può trattenersi in Clinica oltre la nona giornata.

XXVII. N. 87. — Igravida, 20 anni. Pelvi normale. Vulva assai ristretta, perineo poco elastico. Dopo cinque ore di periodo espulsivo, si intervenne mediante forcipe a donna giacente sul fianco. Lacerazione perineale per 1,5 cent. Sutura con catgut. Feto asfitico, riavuto: lunghezza 50 cent., peso 2850 grammi. Coalito per *primam*. Puerperio regolare. Esce in decima giornata.

Anno 1892-93.

XXVIII. N. 6. — Igravida, 20 anni, pelvi regolare. Vertice D. P. Resistenza delle parti molli: sviluppo ragguardevole del feto: inerzia uterina relativa. Forcipe a testa fetale già rotata. Feto vivo: lunghezza 52 cent., peso 3650 grammi. Puerperio regolare. Non può trattenersi in Clinica oltre la nona giornata.

XXIX. N. 16. — Ipara, 25 anni, affetta di recente da manifestazioni di sifilide costituzionale. Bacino universalmente ristretto non rachitico. Circonf. pelv. 76 cent., D. sp. 21,5, D. cr. 25,5, D. bitr. 27,5, D. B. 17,5, vertice S. A.; già pescante nello scavo. Inerzia uterina primitiva. Dopo quasi 27 ore di travaglio, delle quali quattro di periodo espulsivo, si interviene mediante forcipe. Feto vivo, scarsamente sviluppato, senza esteriori manifestazioni sifilitiche: lungh. 49 cent., peso 2900 grammi. Laceraz. perin. di primo grado: sutura con catgut. Puerperio apiretico; coalito per *primam*. Viene trasferita, in ventesima giornata, nel Comparto sifilitiche dell'Ospedale.

XXX. N. 46. — Ipara, 22 anni, pelvi normale. Vertice S. A. Esaurimento delle forze espulsive: resistenza delle parti molli. Forcipe a testa già rotata. Laceraz. perin. di secondo grado. Sutura a piani con catgut. Feto vivo, lungh. 51 cent., peso 3075 grammi. Puerperio normale. Coalito per *primam*. Esce in quindicesima giornata.

XXXI. N. 50. — Ipara, 28 anni; affetta da lussazione congenita del femore sinistro. Pres. vertice D. P. Inerzia uterina primitiva. Dopo oltre 16 ore di travaglio si interviene con applicazione di forcipe. Feto leggermente asfitico, riavuto, lungh. 49 cent., peso 2800 grammi. Puerperio regolare. Esce in tredicesima giornata.

XXXII. N. 71. — Ipara, 21 anni. Pelvi cifotica (cifosi lombo-sacrale traumatica, avvenuta nella prima adolescenza; D. bisisch. 85 mm.). Pres. vertice S. A. Allo stretto inferiore la testa incontrò tali resistenze per parte delle parti molli e della ossatura, che si dovette intervenire mediante forcipe. Episiotomia unilaterale. Feto vivo, lungh. 51 cent., peso 2940 grammi. Puerperio regolare. Esce in dodicesima giornata.

XXXIII. N. 86. — IIpara, 32 anni. Pelvi normale. Viene trasportata in Clinica dal paese di Sologno, perchè colpita da emorragia in causa di *inserzione previa marginale della placenta*. Pres. vertice D. P. Puntura artificiale delle membrane. Cessazione della perdita sanguigna. A testa fetale già premente sul piano perineale è d'uopo intervenire mediante forcipe per fenomeni di sofferenza fetale ed inerzia uterina relativa. Feto asfittico, riavuto; lungh. 50 cent., peso 3400 gr. Puerperio regolare. Esce in undecima giornata.

XXXIV. N. 96. — Ipara, 24 anni. Pelvi normale. Albuminuria in travaglio. Asfissia fetale da distacco precoce di placenta normalmente inserita. Vertice S. A. Forcipe allo stretto inferiore. Feto asfittico, riavuto: lungh. 51 cent., peso 3100 gr. Lacerazione perineale di secondo grado. Sutura a piani con catgut. Puerperio morboso per lieve perimetrite. Temp. mass. 38. 4; coalito per prima. Esce in decimaterza giornata.

XXXV. N. 162. — Vedi *Interruzione artificiale della gravidanza a scopo medico,* N. VIII.

XXXVI. N. 177. — Ipara, 26 anni. Bacino regolare. Vertice S. A. Contrazioni intense, avvicinate, a carattere leggermente spasmodico. Fenomeni di sofferenza fetale. Forcipe al piano perineale. Feto leggermente asfittico, rianimato: lungh. 49 cent., peso 2590 gr. Laceraz. perineale di primo grado, sutura. Coalito per prima. Catarro intestinale in puerperio; guarigione. Esce in dodicesima giornata.

XXXVII. N. 194. — Ipara, 27 anni. Bacino regolare. Vertice S. A. Scolo delle acque amniotiche due giorni avanti il parto. A periodo espulsivo inoltrato, si rende necessario l'intervento col forcipe per asfissia fetale. Il feto, lungo 53 cent., con un peso di 3480 gr., viene presto rianimato. Febbri malariche in puerperio; guarigione. Esce in dodicesima giornata.

Forcipe sulle natiche.

Anno 1892-93.

XXXVIII. N. 153. — Ipara, 26 anni. Sua statura m. 1,39. Pelvi atrofica, leggermente ristretta. D. bitr. 29 cent. C. B. 18. Interruzione spontanea della gravidanza nella prima metà del nono mese. Pres. natiche sole S. I. S. A. Albuminuria gravidica: edemi diffusi. Il periodo espulsivo durava già da un'ora e mezza, senza che le natiche, pescanti nello scavo, si facessero strada fuori del canale del parto. Premessi tentativi infruttuosi di trazione digitale sull'inguine, si ricorre all'applicazione di forcipe sull'estremo podalico, che viene con facilità praticata dal secondo assistente della Clinica. Come fu agevole l'estrazione della metà sottombellicale del feto, altrettanto gli riescì laborioso il disimpegno delle braccia e della testa fetale. Il bambino, estratto in istato di grave asfissia, non potè essere rianimato. Pesava 2470 grammi. Puerperio apiretico; legger grado di subinvoluzione uterina. Esce in ventiduesima giornata.

Sinfisiotomia.

Anno 1891-92.

I. N. 123. — IXpara, 45 anni. Vizio pelvico di secondo grado. C. D. 90-95. Perdette tutti i suoi bambini negli otto parti antecedenti. Pres. podalica, trasformata con manovre esterne in cefalica O. I. D. T.

In travaglio, dopo tentativo di forcipe allo stretto superiore, sinfisiotomia con falcetta Galbiati e nuova applicazione di forcipe. Feto vivo: lunghezza 50 cent., peso 3440 grammi. Puerperio regolare. Esce in ventiduesima giornata (1).

Embriotomia cefalica.

Anno 1891-92.

I. N. 4. — Igravida, 31 anni. Pelvi rachitica, universalmente, irregolarmente ristretta. C. D. 90-92, C. V. 77, vertice D. T. In soprapparto, per distacco precoce di *placenta inserita alla zona inferiore,* si verifica tenue stillicidio di sangue, che non cessa in seguito a rottura delle membrane e si aggrava invece durante un successivo intervento col forcipe, richiesto da lunga durata del travaglio e da fenomeni di sofferenza fetale. Il battito, già irregolare, viene presto a cessare; per cui, tolto il forcipe, si affretta l'ultimazione del parto mediante perforazione (forbice Naegele) ed estrazione col cranioclasta Braun. Peso fetale 2800 grammi, dopo incompleta escerebrazione. Puerperio regolare. Esce in venticinquesima giornata.

Anno 1892-93.

II. N. 61. — Ipara, 29 anni. Pelvi rachitica, universalmente ristretta, piatta. C. D. 90, C. V. 75 mm. Gravidanza a termine. Viene trasportata in Clinica a travaglio che già durava da 22 ore, e dopo essere stata ripetutamente esplorata a domicilio. Membrane rottesi in esordio di travaglio. Procidenza del funicolo non pulsante. Vertice allo stretto superiore. O. I. S. T. Craniotomia e cranioclastia (applicazione facciale). Puerperio morboso per endometrite settica. Esce guarita in trentatreesima giornata.

III. N. 147. — Ipara, 22 anni. Pelvi normale. Viene accolta in Clinica in preda ad emorragia per *placenta parzialmente previa.* Vertice S. A. Dilatazione di 3 cent. Membrane rottesi spontaneamente nel mattino antecedente, fuori travaglio. A domicilio s'erano già verificate altre due emorragie, l'una otto giorni avanti, l'altra nella notte antecedente all'inizio del parto. Battito fetale assente. Persistendo in grado discreto

---

(1) La narrazione *in extenso* del caso clinico può leggersi nella memoria: E. Truzzi. « Per la riabilitazione della sinfisiotomia. » Tip. Operai, Milano, 1892.

la perdita sanguigna, e pel notevole addossamento delle pareti uterine al corpo fetale, per la primiparità della donna prevedendosi difficile e laboriosa la versione bipolare, si ricorre per quattro ore al tamponamento vaginale, sorvegliando accuratamente l'utero contro il pericolo di un' emorragia interna. Toltosi poi lo zaffo vaginale, a dilatazione di 6 centimetri, si interviene ultimando il parto mediante craniotomia (forbice Naegele) e cranioclastia (Braun, applicazione facciale). Peso del feto, dopo escerebrazione, gr. 2000. Puerperio morboso per endometrite (guarita mediante lavature endouterine ed un raschiamento) ed ascesso gengivale. Esce in ventesimasesta giornata.

Embriotomia sul tronco.

Anno 1891-92.

I. N. 115. — Vpara, 33 anni. Bacino normale. La donna viene tradotta in Clinica nelle seguenti condizioni: presentazione di spalla destra, già rotata sotto l'arco pubico, acque colate da circa 24 ore, retrazione permanente dell'utero sul feto, procidenza del braccio, estesamente depidermizzato, e del funicolo non pulsante. Incoata macero-putrefazione del feto. Si eseguì la decollazione colla forbice Frascani. Abbondante irrigazione endouterina *post partum* con soluzione calda di creolina. Puerperio regolare. Esce in undicesima giornata.

Operazione cesarea.

Anno 1891-92.

I. N. 165. — Ipara, 29 anni, pelvi rachitica piatta, altezza della persona m. 1,33, Circonf. pelv. 79 cent., D. sp. 25, D. cr. 26, 5, Obbl. d. 25, 5, Obbl. sin. 25, Bitroc. 33, C. B. 16 cent., C. D. 80-85 mm., C. V. 65-70 mm. Deformazione rachitica degli arti inferiori; rosario parasternale, ecc. Viene accolta a termine di gravidanza, in soprapparto, a dilatazione di 4 cent., membrane integre. Vertice allo stretto superiore. O. I. D. con associazione di una mano. Acque amniotiche in quantità normale. Battito regolare. Nessun indizio, ostetricamente apprezzabile, di mala conformazione del feto. Presa in considerazione l' età relativamente giovane della donna, la gravezza non assoluta e la etiologia del vizio pelvico (la cui eventuale origine da osteomalacia mi avrebbe senza altro deciso alla *operazione Porro*, anche se la stenosi pelvica fosse stata più leggiera); mancando d' altra parte a me in quell' epoca ogni

esperienza personale nella pratica della *sinfisiotomia*, nè credendo opera prudente avventurarmi in un primo caso alla medesima, quando la ristrettezza pelvica nel campo delle indicazioni apparteneva al limite più basso, mi risolsi a favore dell'*operazione cesarea conservatrice,* che potei eseguire senza speciali accidenti, a dilatazione quasi completa, membrane tuttora integre, battito sempre regolare. L'emostasi provvisoria uterina venne ottenuta mediante strettura della regione cervico-uterina con salvietta di garza sterilizzata. Incisione verticale, mediana, condotta prevalentemente verso la regione del fondo. Il feto, rapidamente estratto fece qualche inspirazione e poi cadde in profonda, irreparabile asfissia (vedi più sotto i risultati dell'autossia). L'endometrio, dopo il secondamento, venne strofinato ruvidamente con garza inumidita in soluzione calda di creolina. La sutura fu praticata a punti staccati con seta, con esclusione dello strato deciduale. Tolta la cravatta emostatica di garza, l'utero era ben retratto e potè essere senz'altro affondato. Ricopersi la linea di sutura mediante l'omento. Decorso post-operatorio affatto normale; una sol volta, in seconda giornata, si ebbe un 37. 5. La donna si alzò in diciottesima giornata e venne congedata in ventitreesima giornata di puerperio.

All'esame anatomico del feto si riscontra quanto segue: sesso maschile, lunghezza 47 cent., peso 2070 grammi. D. bip. anat. 92 mm., D. ost. 90, D. occ. fr. 13, 5. Circonf. mass. 37, 5, media 37, piccola 33. La testa fetale ha quindi misure leggermente eccedenti rispetto allo sviluppo della restante parte del corpo: non è però di tali dimensioni da poter essere una tale dissonanza rilevata mediante un esame ostetrico, sia pure diligente, praticato a membrane integre, testa mobile sullo stretto superiore, in donna primipara, ecc. Il grado di ossificazione cranica è poco inferiore al normale. La metà destra dell' encefalo si appalesa colpita da arresto di sviluppo (una delle varietà rare di *porencefalia* congenita), per modo che l' emisfero corrispondente è quasi del tutto mancante; non rimangono che pochi residui delle circonvoluzioni inferiori e posteriori, mentre persistono i gangli opto-striati. Coesiste dall'istesso lato un po' d'idrocefalo, la cui origine non saprei dire se primitiva o secondaria rispetto alla porencefalia corrispondente. L' aorta, dopo aver dato le intercostali ed aver fornito, appena passato il diaframma, altre cinque diramazioni, piuttosto grosse, ai visceri addominali, in corrispondenza alla terza vert. lombare si continua a pieno canale coll'arteria ombellicale sinistra, *mancando ogni traccia dell'omonima di destra.* Testicoli discesi entrambi nello scroto: la piega falciforme, presa in considerazione nelle ricerche di Pestalozza, non parmi a destra più stirata che a sinistra. (Invero il presente caso di unicità delle arterie ombellicali, anche per la concomitanza della porencefalia non è di quelli ai quali sembri giustamente applicabile l' ipotesi del Pestalozza).

Isterostomatomia.

Anno 1891-92.

I. N. 30. — Igravida, affetta da albuminuria ed eclampsia. Vedi *Forcipe nello scavo,* N. VII.

II. N. 69. — Igravida. Idem, N. IX.

Anno 1892-93.

III. N. 76. — Igravida, albuminurica. V. *Forcipe nello scavo,* N. XV.

IV. N. 173. — Ipara, affetta da sclerosi sifilitica del collo uterino. Idem, N. XIX.

Episiotomia.

Anno 1891-92.

I. N. 27. — Ipara attempata (31 anni). Pelvi normale. Vertice S. A. Inerzia uterina nel secondo stadio; resistenza dei tessuti molli. Si aiuta il compimento del parto mediante episiotomia unilaterale ed espressione digito-rettale. Feto vivo, sano; lungh. 49 cent., peso 2950 grammi. Durata totale del parto circa 20 ore. Puerperio regolare. Esce in decima giornata.

Anno 1892-93.

II. N. 71. — Ipara, 21 anni. Pelvi cifotica. Vedi *Forcipe allo stretto inferiore,* N XXXI.

III. N. 179. — Ipara, 24 anni. Vedi *Forcipe allo stretto superiore,* N. IV.

IV. N. 198. — Ipara, attempata (34 anni). Pelvi normale. Pres. vertice S. A. Agli ultimi istanti del periodo espulsivo si riconosce minacciato da estesa rottura il perineo, il quale, compatto, resistente, non si lascia punto distendere ed assottigliare dalla testa fetale. Episiotomia bilaterale, feto vivo: lungh. 50 cent., peso 3050 grammi. Puerperio regolare. Esce in dodicesima giornata.

Perineorafia.

Anno 1891-92.

I. N. 2. — Ipara. Vedi *Forcipe allo stretto inferiore,* N. XX.

II. N. 6. — Ipara. Idem, N. XXII.

III. N. 18. — IIpara. Vedi *Forcipe allo stretto superiore,* N. I.

IV. N. 69. — Ipara. Vedi *Forcipe nella escavazione,* N. IX.

V. N. 84. — Ipara, con ipoplasia dei genitali esterni. Vedi *Forcipe allo stretto inferiore,* N. XXV.

VI. N. 87. — Ipara, pure con ipoplasia dei genitali esterni. Idem, N. XXVI.

VII. N. 97. — IIpara, 20 anni. Bacino normale. Pres. Vertice D. P. Feto a termine. Contrazioni violente in periodo espulsivo, che ebbe una durata di soli 5 minuti. Lacerazione perineale di 1 cent. Sutura con catgut. Coalito per prima. Puerperio regolare.

VIII. N. 114. — Ipara, 20 anni. Bacino normale. Vertice S. A. Parto spontaneo. Dolori conquassanti violentissimi. Lacerazione perineale di circa 1 cent. Due punti con catgut. Coalito per prima. Puerperio regolare.

Anno 1892-93.

IX. N. 5. — Ipara, 19 anni. Pelvi normale. Vertice S. A. Contrazioni violenti in periodo espulsivo. Feto assai bene sviluppato; lungh. 51 cent., peso 3600 grammi. Parto spontaneo. Lacerazione perineale di secondo grado. Sutura con catgut a piani. Riunione per prima: puerperio regolare.

X. N. 9. — Ipara, 26 anni. Pelvi normale. Vertice S. A. Parto spontaneo, a termine. Lacerazione perineale di secondo grado. Sutura con catgut a filo continuo. Puerperio regolare.

XI. N. 16. — Ipara. Vedi *Forcipe al piano perineale,* N. XXVIII.

XII. N. 46. — Ipara, 22 anni. Idem, N. XXIX.

XIII. N. 75. — Ipara attempata, 34 anni. Pelvi normale. Vertice S. A. Resistenza delle parti molli. Parto spontaneo. Lacerazione di secondo grado. Sutura con catgut a filo continuo: coalito per prima. Puerperio normale.

XIV. N. 96. — Ipara. Vedi *Forcipe allo stretto inferiore,* N. XXXIII.

XV. N. 108. — Ipara, 22 anni. Pelvi normale. Vertice S. A. Indocilità ed agitazione estrema della partoriente durante il disimpegno della testa fetale. Parto spontaneo. Lacerazione per cent. 1, 5. Sutura con catgut. Coalito per prima. Puerperio regolare.

XVI. N. 123. — Ipara, 25 anni. Bacino regolare. Vertice S. A. Premiti espulsivi violenti: parto spontaneo. Durata del secondo stadio 50 minuti. Lacerazione di secondo grado: sutura con catgut. Coalito per prima. Puerperio regolare.

XVII. N. 133. — Ipara, 23 anni. Bacino normale. Vertice S. A. Espressione rettale per sofferenza del feto sulla fine del periodo espulsivo. Lacerazione di secondo grado. Sutura con catgut a piani. Coalito per prima. Puerperio regolare.

XVIII. N. 170. — Ipara, 21 anni. Bacino regolare. Vertice S. A. Parto spontaneo. Lacerazione di cent. 2. Sutura con catgut. Coalito per prima. Puerperio regolare.

XIX. N. 177. — Ipara, 26 anni. Vedi *Forcipe al piano perineale,* N. XXXV.

XX. N. 179. — Ipara, 24 anni. Vedi *Forcipe allo stretto superiore,* N. IV.

XXI. N. 197. — Ipara, 23 anni. Bacino regolare. Vertice S. A. Parto spontaneo. Contrazioni intense e premiti ausiliari violenti sulla fine del secondo stadio. Lacerazione perineale di secondo grado. Sutura con catgut. Coalito per prima. Puerperio regolare.

* * *

Il numero piuttosto rilevante di perineorafie praticate nel biennio, numero che sembra a prima giunta anche maggiore perchè nella Clinica sono registrate e cucite anche le lacerazioni di minor conto, è in parte ascrivibile alla limitazione dell'uso delle episiotomie, di cui dicemmo nell'antecedente rendiconto, all'elevato numero di primipare tra le ricoverate della Clinica, ed infine alla larga parte, che si fa alla istruzione pratica delle allieve del secondo anno, alle quali si concede presto di assistere il perineo ed il secondamento nell'atto del parto.

Fatti clinici varii.

Anno 1891-92.

a) Anomalie nello sviluppo fetale.

I. N. 23. — Vpara, 35 anni. Nulla di speciale nelle vicende generative trascorse. Parto prematuro spontaneo. *Poliamnios; anencefalia* del feto che muore pochi istanti dopo nato e misura 35 cent. in lunghezza, e 1120 grammi in peso. Coesiste placenta succentoriata.

II. N. 60. — IIpara, 27 anni. Parto bigemino: placenta e sacchi ovulari affatto distinti (bicorii). Nel secondo dei medesimi *poliamnios* e feto con *meningo-encefalocele.* Vedi *Complicanze nel decorso di parti composti,* N. XVI.

III. N. 74. — IIIpara, 28 anni. Feto vivo con *labbro leporino* e *fauci lupine:* lungh. 51 cent., peso 3650 grammi. Acque amniotiche piuttosto scarse.

IV. N. 165. — Ipara, 29 anni, rachitica. Feto con *unicità dell'arterie ombellicali* e *porencefalia.* Vedi *Operazione cesarea.*

b) Rotazione occipito-sacrale in casi di presentazione di vertice.

V. N. 94. — XIVpara, 43 anni. Pelvi normale, varietà ampia. Vertice D. P. Periodo espulsivo di 30 minuti. Feto vivo, poco sviluppato: lunghezza 49 cent., peso 2800 gr. Puerperio regolare.

VI. N. 157. — Ipara, attempata, 30 anni. Pelvi ampia. Parto bigemino, spontaneamente insorto al principio del nono mese. Il primo feto, in pres. vertice D. P., subisce la rotazione occipito-sacrale; nessun speciale accidente. Il secondo gemello, in pres. podalica S. I. S. A., viene pure partorito spontaneamente. Puerperio apiretico: subinvoluzione. I sacchi ovulari erano affatto distinti.

VII. N. 174. — Vpara, 37 anni. Pelvi normale, varietà ampia. Vertice S. P. Rotazione sacrale. Durata del periodo espulsivo un' ora. Nessun accidente. Feto vivo, lungo 51 cent. con un peso di 3500 gr. Puerperio regolare.

c) Complicanze nel decorso di parti composti.

VIII. N. 60. — IIpara, 27 anni. Pelvi regolare. Mestruazione abitualmente a tipo bimensile. L'attuale gravidanza era giunta appena alla fine del settimo mese, e già l'addome presentavasi enormemente sviluppato (circonf. al bellico 110 cent.). Esisteva infatti idramnios nel secondo sacco, appartenente a feto affetto da meningo-encefalocele. Parto spontaneo, facile. Entrambi i feti in presentazione cefalica; il primo sano e vivo, maschio; il secondo di sesso femminile, nato morto. Sacchi ovulari e placente affatto distinti (bicorii). In nona giornata di puerperio, fino allora regolare, insorge pleurite destra. La paziente viene trasferita in infermeria medica.

IX. N. 157. — Ipara, 30 anni. Vedi *Rotazione occipito-sacrale*, N. VI.

Anno 1892-93.

a) Evoluzione spontanea podalica.

X. N. 1. — VIpara, 33 anni. Pelvi regolare. Pres. della spalla sinistra; tentativi di rivolgimento a domicilio. Partorisce col meccanismo dell'evoluzione podalica al momento della sua accettazione nella Clinica. Feto morto di recente; lungh. 48 cent., peso 2070 gr. Puerperio regolare.

b) Complicanze nel decorso di parti composti.

XI. N. 62. — IIpara. Pelvi rachitica. Vedi *Versione con manovre interne*, N. VII.

c) Rotazione occipito-sacrale in casi di presentazione di vertice.

XII. N. 132. — Ipara, 26 anni. Bacino normale. Parto gemellare, prematuro spontaneo. Il primo feto (vertice D. P.), viene partorito in posizione occipito-sacrale; il secondo (vertice S. A.), viene espulso con meccanismo regolare. Placenta unica; un solo corion, due amnios. Feti entrambi nati vivi. Puerperio regolare.

XIII. N. 164. — Vpara, 29 anni. Bacino regolare. Parto gemellare, precoce, spontaneo. Presentazioni: primo feto, vertice D. P.; secondo

feto, natiche sole S. A. Nel parto (spontaneo) del primo gemello avviene rotazione occipito-sacrale. Due placente separate, due amnios, due corion. Feti entrambi nati vivi. Puerperio regolare.

***

Nel biennio scolastico, sopra una somma di 323 parti, si ebbero cinque casi di rotazione occipito-sacrale spontanea, cioè non ottenuta ad arte coll'intervento mediante forcipe. La proporzione (circa 1 : 65) è rilevante, massime se si confronta colle statistiche più attendibili che si posseggono dopo gli studi sul meccanismo di parto per il fronte. D'altra parte, siccome tali donne furono con ogni maggiore diligenza esaminate, non solamente posso assicurare che in tutti i cinque casi trattavasi veramente di presentazione di vertice, ma che il meccanismo di parto, anche nel terzo e quarto tempo non accennò punto a trasformarsi, anche in casi di feto piccolo, in quello di fronte e meno ancora in quello di faccia, essendo sempre venuti a corrispondere sotto il pube la fontanella bregmatica oppure la fronte a tutta vicinanza del bregma, non mai la radice del naso, nè tanto meno la regione sottomentoniera: la quale trasformazione del resto, appunto perchè tardiva, nulla avrebbe tolto all'indole ed al significato delle cinque osservazioni.

A giustificare in qualche modo le cifre anzidette, richiamo l'attenzione sul fatto che delle cinque donne in questione tre erano pluripare (una XIVpara!), tre con pelvi di misure piuttosto ampie e che in quattro lo sviluppo fetale era alquanto al disotto del normale.

Mi piace infine rilevare la particolarità che in tre dei cinque casi osservati trattavasi del primo gemello di parti bigemini; il che farebbe pensare che se la rotazione del tronco fetale durante il terzo tempo del meccanismo di parto in posizione occipito-posteriore non ha tutta l'importanza che le venne assegnata da Hubert, dal Fabbri e da altri, l'impedimento però che in casi di parto composto può venire al tronco del primo gemello nel seguire poco o tanto la testa fetale nell'esteso suo movimento di rotazione interna in casi di posizione occipito-posteriore, può intralciare quest'ultimo e creare forse disposizione alla rotazione occipito-sacrale, massime se coincida con tali fatti una scarsa flessione della testa fetale.

MOVIMENTO CLINICO GINECOLOGICO.

Sommario.

	Anno scolast. 1891-92	Anno scolast. 1892-93	Totale
Laparo-ovariotomia	1	—	1
Laparo-ovaroisterectomia sopravaginale (affondam. del peduncolo) per fibromioma	1	2	3
Idem per osteomalacia	—	1	1
Laparo-isteropessi per retrodeviaz. uterina irreducibile	1	3	4
Idem con operazioni complementari (per via vaginale) per prolasso grave	—	2	2
Laparo-ovaro-salpingectomia per lesione degli annessi	1	—	1
Idem per fibromiomi uterini	1	—	1
Idem per osteomalacia	3	—	3
Laparo-cistopessia per cistocele	—	1	1
Estirpazione per via laparotomica di voluminoso fibroma ovarico	1	—	1
Laparotomia esplorativa per sarcoma del mesenterio	1	—	1
Miorrafia per diastasi di cicatrice laparotomica	—	1	1
Incisione laparotomica extraperitoneale per cellulite suppurata perivescicale e preperitoneale della parete addominale anteriore	1	—	1
Colpoisteropessia alla Mackenrodt	—	2	2
Operazione di Skutsch per retroversione uterina da manchevole sviluppo congenito della parete vaginale anteriore	—	1	1
Colpomiomectomia per fibromioma uterino sottomucoso sessile a larga base d'impianto	—	1	1
Colporafia anteriore (sola)	—	1	1
Colporafia anteriore e colpoperineorafia (Hegar)	3	1	4
Idem con trapiantamento di osso decalcificato (processo in via di esperimento)	—	2	2
Da riportarsi	14	18	32

	Anno scolast.		Totale
	1891-92	1892-93	
Riporto . . .	14	18	32
Perineoplastica per clivaggio dei lembi	—	1	1
Colpo-perineauxesis alla Martin	—	1	1
Cervicotomia biconoide	1	5	6
Cervicotomia galvanica	—	1	1
Discissione bilaterale della cervice per stenosi della stessa e menorragie da piccolo mioma uterino . . .	—	1	1
Raschiamento uterino.	5	10	15
Correzione incruenta di spostamenti uterini	1	2	3
Operazione di fistola	1	1	2
Escisione di produzioni polipoidi uretrali	—	2	2
Escisione di estiomene vulvare	—	1	1
Spaccatura dalla via vaginale di ematocele retrouterino intraperitoneale	1	—	1
Demolizione degli annessi uterini (piosalpinge); poi dissezione del cellulare pericervicale e fognatura del Douglas per pelvicell. e pelviperit. settica puerperale .	1	—	1
Demolizione parziale a scopo palliativo di utero canceroso inoperabile	2	—	2
Isterectomia totale per via vaginale per cancro . . .	—	2	2
Idem per osteomalacia recidivata dopo castraz. ovarica .	—	1	1
Totale . . .	26	46	72

(Continua).

LAPAROTOMIE

CONSIDERAZIONI CLINICHE

DEL

Prof. G. CALDERINI

(Continuazione e fine, vedi pag. 638).

VIII. MIOMECTOMIE (TRATTAMENTO INTERNO; METODO FRITSCH ESTERNO INTERNO; METODO CONSERVATORE E METODO MARTIN: ESPORTAZIONE TOTALE ADDOMINALE).

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazione della operazione	Particolarità della operazione	Esito
1	Sq. Mar. in Cal. a. 47 0-para G. n. 78 Colorno	14|10|1886	Dolori e metrorragie.	1. Narcosi col cloroformio colla maschera di Esmark — Senza Spray — Medicazione alla Lister. 2. Segmentazione dei legamenti larghi — Laccio provvisorio elastico; enucleazione del tumore, cucitura a piani con seta e sutura del peritoneo. 3. *Affondamento del peduncolo* legato altresì attorno con un filo di seta. 4. Cucitura con seta cogli aghi di Hagedorn; la incisione addomin. era stata prolungata fin sopra l'ombelico. 5. *Mioma* del corpo dell'utero grosso come 2 pugni. Non fu aperta la cavità.	Guarigione. Temp. mass. 38.2 centigr., p. 120, vomito, diarrea. Un punto di sutura suppurò. Uscita 8. 12.
2	Erm. Tur. in Mas. a. 39 1-para G. n. 76 Colorno	17|10|1886	Dolori e febbre.	1. V. n. 1. 2. Segmentazione dei legamenti larghi e delle tube affette da idropisia, laccio elastico provvis., escisione del grosso tumore; apertura della cavità. 3. *Affondamento del peduncolo;* cucitura a piani e del peritoneo. 4. Cucitura della ferita addominale cogli aghi di Hagedorn. Prolungata la incisione a 1 cent. sopra l'ombelico. 5. *Mioma* del corpo e della cervice e idropisia delle tube; fu difficile la estraz. del tumore per le aderenze delle tube.	Guarigione. T. mass. 38.4, p. 120. Un punto della ferita suppurò.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazione della operazione	Particolarità della operazione	Esito
3	Far. Leon. in San. a. 43 1-para G. n. 25 Parma	13|3|1887	Aumento rapido del tumore.	1. V. n. 1. 2. Come nel caso n. 2; le tube erano solo ipertrofiche. 3. Come nel caso n. 2. 4. Come nel caso n. 2. 5. *Mioma cistico* della parete anteriore dell'utero, sarcoma nella parte infer., porzione cervicale sotto-vagin. sana. Non dolori, non metrorragie. Il sarcoma si riconobbe solo nella autopsia.	† nel secondo gi dopo l'operazione fenomeni di cola L'autopsia rilevò morragia nel tu e nel peritoneo cipiente peritoni
4	Ar. Ter. in Ca. a. 45 0-para G. n. 49 Caorso (Piacenza)	14|6|1887	Dolori, insonnia, smanie.	1. V. n. 1. Spray prima della operaz. 2. Laccio elastico; legatura dei legamenti larghi rasente l'utero, enucleazione del mioma principale e di uno secondario, apertura della cavità uterina, cucitura a piani e laccio di seta, perchè tolto il laccio elastico vi era dalla cucitura un po' di gemizio. 3. Come nel caso n. 2. 4. Idem, prolungata la ferita in alto e in basso; in alto sopra l'ombelico. 5. *Mioma* del fondo e della parete anteriore del corpo dell'utero e mioma sferico secondario in corrispondenza della parete anteriore e del lato destro della regione cervicale.	† nel quinto gio la autopsia rilevò sere la morte c nata da discreti morragia dal mon e da incipiente tonite.
5	Mag. En. in Bian. a. 40 12-para G. n. 55 Mezzano Inferiore	8|5|1890 Metodo Fritsch	Dolori e metrorragie.	1. Come nei casi n. 4, 5 e 6 della Tavola VII. 2. 3. Segmentazione dei legamenti larghi; laccio elastico provvisorio; fatti due lembi di peritoneo ai due lati, si escide la massa miomatosa (gr. 2100); indi si fa una sutura per la cavità uterina, una per la muscolare, una pel peritoneo; si toglie il laccio elastico e si trova emostasia completa; si fissa il moncone (metodo Fritsch) alla incisione addominale, facendo passare nel peritoneo del moncone sopra e sotto il corrispondente filo destinato a riunire le pareti; si uniscono con punto di cucitura separati uno a destra e uno a sinistra i ciuffi delle legature del legamento largo. Si lasciano i fili tutti lunghi; così il moncone è colla sua cucitura in relazione coll'esterno del ventre e il peritoneo del peduncolo combacia con quello delle pareti addominali. 4. La incisione fu fatta di 12 centim. e prolungata fino a 14, cucita poi cogli aghi di Hagedorn colla seta, passanti per i varii strati schivando i muscoli. 5. Il *mioma* presentava una massa centrale avente il colore di lavagna. 368.	Guarigione. Temp. mass. 37. 8 secondo giorno. Nell'ottavo giorno gono tolti i punt terali e il mon tende ad infossa Successivamente si gono e si elimi varii fili. Uscita 12. 7. La cicatrice è reg re, il moncone è samente unito parte inferiore d cicatrice.
6	Ben. Mar. in Mag. a. 40 4-para G. n. 67 Montechiarugolo	2|6|1890 Conservaz. dell'utero	Dolori; metrorragie; accrescimento rapido del tumore.	1. Come nel caso n. 5. 2. 3. Segmentazione del legamento rotondo della tuba di destra e del legamento largo dopo difficile estrinsecazione del tumore; dopo segmentato il legamento rotondo di sinistra, reso più mobile il tumore, si scopre che	Guarigione. Temp. mass. 38. 3 terzo giorno. Adesione per *prim* Scolo sanguigno genitali. Uscita 12. 7.

Nome, età ?-para Domicilio	Data della Operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
			esso è sviluppato sul fianco destro dell'utero; e allora si pensa alla *enucleazione* colla conservazione dell'utero; colla garza si fa la emostasia temporanea; esciso una parte di involucro si enuclea il tumore, indi si fa la cucitura profonda e la superficiale della breccia elissoidea; si riuniscono i due capi del legamento rotondo di sinistra e tolto il laccio provvisorio e constatata la emostasia e la conservazione dell'utero si passa alla: 4. cucitura della incisione addominale, lunga 11 cent. e prolungata, come nel caso precedente. 5. Mioma del diametro di 10 cent., ovaia e tuba e legamento rotondo di destra, con una pozione di rivestimento del mioma. 369.	Quando la donna uscì si trovò l'utero traslato a sinistra per azione del legamento largo corrispondente.
Cos. Car. in Ban. a. 39 1-para G. 51 Vighelfio	23|4|1891 Metodo Martin	Dolori; metrorragie.	1. Come nel caso 4 della tav. VIII. 2. 3. *Esportazione totale dell'utero miomatoso:* segmentazione del legamento rotondo e della tuba e del legamento largo di destra; lo stesso e con maggiore difficoltà fu fatto a sinistra, indi tracciata una incisione semicircolare sul peritoneo della faccia anteriore dell'utero un cent. sopra ai limiti della vescica, fu fatto la dissezione fino ad arrivare sul fornice vaginale anteriore, disteso dalle dita di un assistente — apertura del fornice colle forbici; legatura dei fornici laterali mediante filo portato da aghi curvi a manico fisso, passando ai lati della apertura e trafiggendo il fornice posteriore; sezione dei due fornici laterali e infine del fornice posteriore. Riunione di tutti i lacci di legature in due soli ciuffi laterali; cucitura della breccia vaginale comprendendo il peritoneo e la vagina, per cui rimase una sola linea trasversa e il piccolo bacino come vuoto; le intestina durante questo tempo della operazione furono tenute a segno con cuscinetti di garza in grazia di una perfetta narcosi. La toelette della pelvi fu fatta direttamente con batuffoli portati dalla mano. 4. La incisione fu fatta da due dita sul pube all'ombelico e fu prolungata due volte fino a due dita sopra l'ombelico. Si trovò l'omento aderente al tumore e al peritoneo parietale. 5. Il tumore presentava diversi gavoccioli miomatosi, in tutto era grosso come tre pugni d'uomo, di collo non esisteva più che la porzione sottovaginale. 402.	Guarigione. Temp. mass. 38 nel secondo e nel quarto giorno. Adesione per *primam.* Discreto scolo di sangue dai genitali. Uscita 22. 5. 91. Cicatrice lunga 16 cent.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
8	Vis. Car. a. 43 0-para G. 45 Lesa (Novara)	7|4|1892	Metrorragie.	1. Come nel caso n. 4 della tav. VIII. 2. 3. Il mioma cogli annessi fu cavato fuori dalla incisione addominale senza difficoltà; tolta la tuba e l'ovaia destra dopo allacciatura perchè l'ovaia aveva degenerazione cistica Trafitto il peduncolo del tumore formato dalla porzione sopravaginale, fu legato con seta in due parti, incrociando prima i fili; furono legati ancora i fianchi della cervice e furono legate le pieghe che vanno all'angolo esterno dell'ovaio per legare l'arteria ovarica; esportato il corpo dell'utero fu la breccia unita con punti staccati affrontando il peritoneo. Toelette e affondamento. 4. La incisione fu fatta da due dita sopra il pube a due dita sopra l'ombelico. 5. Nodo miomatoso della parete posteriore del corpo dell'utero, per cui il viscere era in antiflessione. 463.	Guarigione. T. mass. 38. 3 alla del secondo giorn nel mattino del timo. Esce 3. 5.
9	Par. Aug. in Daln. a. 41 8-para G. 120 Borgotaro	4|9|1892	Dolori, specie nelle mestruazioni. Ebbe attacchi di peritonite e gravidanze morbose e puerperii morbosi.	1. Come nel caso n. 4 della tav. VIII. 2. 3. Il tumore fu trovato nel legamento largo di destra aderente, fu esportato segmentando il legamento largo dall'esterno all'interno, legando il peduncolo che univa il tumore al collo dell'utero, e unendo il peritoneo a punti staccati per unire la pagina anteriore alla posteriore del legamento largo nascondendo così le legature di segmentazione. 4. Incisione lunga 10 cent. 5. Corno destro di utero bicorne, nascosto nel legamento largo di destra con ematometra ed emosalpinge per chiusura della comunicazione fra i due corni. 498.	Decesso in terza nata per periton T. mass. 37. 6, p. L'autopsia dimostr la peritonite era specialmente loc zata nella incisio Pochi giorni prim stato aperto in donna un ascess rametrale conten streptococchi, ch rono pure trovati l'addome di qu donna. Vedi ta VI, n. 17.
10	Vi. Er. in Ch. a. 49 1-para G. 62 Spezia	24|3|1893	Dolori, fenomeni riflessi gravi, vomiti, inappetenza, dimagrimento progressivo. Operata 10 anni prima per ematocele suppurato, nel suo paese.	1. Narcosi cloroformica col cloroformio Duncan, il resto come nei casi 4, 5, 6, della tav. VII. 2. 3. Erano due miomi sviluppati nei due legamenti larghi formanti coll'utero una forma di incudine; per questo non si potè tentare l'enucleazione in sito; tratto fuori il tumore con difficoltà per la brevità del peduncolo. Segmentando i legamenti larghi e legando i legamenti rotondi e la piega infundibolo pelvica si arrivò sul collo che fu legato con doppio laccio; amputato l'utero coi due tumori e legate ancora grosse arterie uterine flessuose sebbene anemiche; fu sopracucito il moncone in modo da poterlo affondare. Allora le condizioni della operata si fecero inquietanti e si scoperse una lacerazione del legamento largo sinistro avvenuta sollevando il tumore; rimosso il coagulo fu fatto una diligente cucitura della breccia. Polizia del peritoneo e affondamento del peduncolo, cucitura della incisione addominale e fasciatura compressiva.	Decesso con feno di colasso quattr dopo della operaz Durante la mede si dovettero fare zioni di etere e dermoclisi di a salata. La emorragia del mento largo sin durante l'operaz contribuì a peggio le gravissime co zioni della amma Nel luogo della sione, stata prati 10 anni prima, quadrante infe destro, vi era un latazione delle p più larga di una r e gli intestini vano ernia.

Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
			4. La incisione addominale fu prolungata fin sopra l'ombelico. 5. Miofibroma del legamento largo sinistro, linfo-cistomioma del legamento largo destro comprendenti in mezzo l'utero. 562.	
Al. Fl. in Rol. a. 43 4-para G. 73 Merrano infer.	14|4|1893	Dolori, metrorragie, volume del tumore.	1. Come sopra. 2. 3. Tratto fuori il tumore grosso come testa di adulto e sviluppato sotto al livello degli annessi, furono segmentati i legamenti rotondi, le pieghe infundibulo pelviche e i legamenti larghi, poi furono legate le arterie uterine e fatti due lembi peritoneali, uno anteriore e uno posteriore, e trafitta la cervice con ago acuto a manico fisso e doppio filo di seta; si esportò il tumore e si legò la cervice in due metà incrociando le due anse. Escisione della mucosa della cervice; cucitura a piani profondi e superficiale. Affondamento del peduncolo. 5. Grosso mioma del corpo dell' utero di colore ardesia. 574.	Guarigione. Decorso apiretico. Dopo tolti i fili essendo stato largamente aperto il ventre ed essendo la donna con ricco panno adiposo e avendo la tosse, sotto ad uno sforzo avvenne la deiscenza di parte della cicatrice. Il peritoneo resistette. Uscita guarita 20. 5.
Dio. Fal. v. R. a. 42 3-para G. 90 Verona	5|5|1893	Metrorragie, dolori, aumento di volume.	1. Come nel caso n. 4 della tav. VII. 2. 3. Segmentazione dei legamenti rotondi, delle pliche infundibulo pelviche e dei legamenti larghi e poi legatura delle arterie uterine da ambo i lati. Quindi fatti due lembi peritoneali e legata la cervice in due con filo di seta, fu esportata la enorme massa miomatosa. Mentre si stava unendo il moncone, previa escisione della mucosa cervicale, veniva ancora sangue. Fu allora legato il legamento largo più basso, e distaccata la vescica e aperto il fornice anteriore, staccati i fianchi del collo e i fornici laterali, staccato il fornice posteriore, previe legature laterali fu esportato l'utero in toto e in seguito cucito il peritoneo, cacciando sotto da ambo i lati i monconi dei lacci della segmentazione dei legamenti larghi. 5. Il tumore era formato da un grosso miosarcoma della parete destra dell'utero, il quale col polo inferiore tendeva, erodendo la mucosa dell'utero vicino all' orificio interno, di aprirsi un varco. 577 bis.	Decesso cinque giorni dopo (10. 5.), con fenomeni di esaurimento, non avendo mai potuto trattenere alimenti causa il vomito ostinato. La temperatura fu sempre sotto a 37. Il polso si fece frequente e piccolo solo nell' ultimo giorno.

IX. INCISIONI ESPLORATRICI.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della Operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
1	Ar. Fil. a. 50 1-para G. n. 24 Sardegna	12|3|1886	Dolori, idrope, ascite, prolasso dell'utero irreducibile.	1. Narcosi col cloroformio mediante la maschera di Esmark — Spray — Medicazione alla Lister — Soluzioni di acido fenico — Spugne. 4. Incisione lunga 6 cent. e cucitura cogli aghi di Hagedorn. 5. *Sarcoma retroperitoneale.* Uscirono 8-10 litri di liq. nerastro dal cavo peritoneale; il tumore occupava grande parte del ventre; a destra aderiva al bacino piccolo e grande e alle pareti addominali posteriori e laterali; a sinistra alla fossa iliaca sinistra, offriva un colore biancastro e protuberanze vestite da sottile membranella; l'omento era cospreso da granulazioni migliari in grande copia.	Guarita la inc per *primam.*. T. mass. 37. 5. Uscita 1. 4. † il 9. 10. per p nite da rottura cicatrice cagio dalla ascite.
2	Pec. Ad. a. 20 0-para G. n. 62 St. Lazzaro	25|7|1886	Dolori addominali, febbre, emaciazione, durezza delle tube.	1. Narcosi col cloroformio senza Spray — Medicazione alla Lister. 4. Incisione lunga 10 cent. 5. *Tubercolosi* migliare al peritoneo e salpingite.	Guarigione per *pr* della incisione. T. mass. 38, p. m Uscita 14. 8. Morì nel marzo per tubercolosi toneale e polmo
3	Fan. Mar. in Pal. a. 40 0-para G. 72 e 83	27|10|1886	Dolori nel ventre a destra. Mioma dell' utero.	1. Come nel caso n. 2. 4. Incisione da un dito traverso sopra il pube all' ombelico, prolungata al disopra essendo piccola l' apertura pel grande spessore del ventre. Ricucita cogli aghi di Hagedorn. 5. *Mioma* del corpo dell' utero, grosso come un pugno, ovaio destro aderente, tuba corrispondente grossa; non fu possibile nè la miomectomia nè la castrazione per lo spessore delle pareti e per non poter sollevare il tumore nè trarre in su le ovaia.	Guarigione della f adesione per *pri* T. mass. 37. 7. Uscita 16. 11.
4	Forn. Fer. in Por. a. 34 1-para G. n. 1 e 23 Parma	26|11|1886	Dolori addominali vivissimi.	1. Come nel caso n. 2. 4. Incisione lunga 7 cent. 5. Sul fondo della incisione addominale si trovò il peritoneo assai spesso e quindi si scoprì la tonaca muscolare dell' intestino; punto con siringa di Pravaz, si assorbirono gaz nel poco liquido che la siringa conteneva. — Fatta diagnosi di *peritonite cronica* con estese aderenze intestinali alla parete addominale, si passò alla cucitura della ferita.	Guarig. per *prim* T. mass. 37. 5. Uscita 15. 12. 86 Rientrata 9. 2. 8 † 12. 4. 87. L' autopsia mostr servi una mass intestina tenui i me conglomerat derente col perit parietale : *peri cronica tubercolar*
5	Gal. Beatr. in Los. a. 46 3-para G. n. 77 Carpi (Reggio E.)	17|11|1887	Enorme distensione del ventre; circonferenza ombelicale cent. 126.	1. Come nel caso n. 2. 5. Incisione di 10 cent., fu aperta la cisti aderente al peritoneo. 5. Fu trovata un enorme *cistoma* aderente dovunque, avente dentro di sè tre tumori, uno adeso all'utero, uno adeso al primo, altro adeso alla parte alta del tumore, il liq. era scarso perchè stato levato 15 giorni prima colla paracentesi addominale estraendone 20 litri circa, citrino limpido.	Guarig. per *prim* T. mass. 37. 7. Uscita 7. 12.

Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
Chi. Ad. in Pot. a. 27 3-para G. n. 11 Poviglio (Reggio E.)	3|2|1889	Ovaro-salpingite bilaterale e peritonite pelvica.	1. Narcosi cloroformica — senza Spray — medicazione con iodoformio e garza al sublimato e cotone idrofilo. Toelette coi batuffoli di cotone in garza al sublimato. 4. Incisione lunga 5 cent. riunita cogli aghi Hagedorn. 5. *Tubercolosi miliare* del peritoneo viscerale e del peritoneo parietale, tube dure nel 2|3 int., grosse nel 1|3 est.; padiglione e ovario e anse intestinali aderenti, essudato liquido nel cavo peritoneale. Non fu fatta la ooforo-salpingectomia e fu praticata abbondante lavatura del sacco peritoneale con soluzione di ac. salicilico 1 p. 0|0.	Guarig. per *primam.* T. mass. 38. 4 la sera del primo giorno. Uscita 2. 3.
Cas. Erm. in Pep. a. 46 0-para G. 98 Mezzano super.	26|9|1889	Dolori e metrorragie.	1. Narcosi cloroformica colla maschera di Esmarck, disinfezione delle vie genitali colla soluzione di sublimato 1 p. 0|0 e delle pareti del ventre col sapone, la soluzione di sublimato e l'etere, invece di spugne: batuffoli di cotone al sublimato avvolti in garza idrofila. 4. Incisione lunga 10 cent. cucita cogli aghi di Hagedorn strato per strato. 5. Si trovò il peritoneo inspessito, le intestine iniettate aderenti, il tumore incastonato nel bacino e aderente ovunque col peritoneo parietale e viscerale e colle intestina. La operazione giudicata come troppo pericolosa si sospese e si giudicò trattarsi di peritonite adesiva con raccolta saccata anzichè di un tumore esportabile.	Guarigione della incisione per *primam.* T. mass. 37. 5. Uscita 22. 10. La donna ebbe in passato idrope, ascite, febbri malariche, enterite.
Can. Mar. a. 28 9-para G. 11 Campegine (Reggio E.)	22|12|1889	Dolori ed emorragie rettali.	1. V. n. 7. 4. Idem. 5. Si trova peritonite con versamento libero e con aderenze e il tumore appare di natura maligna e non isolabile, si esporta un nodo del grande omento e si lava il cavo peritoneale con soluzione di ac. salicilico al 3 1|2 p. 0|00. Per narcosi vi fu un momento di apnea e coogulamento del sangue sulla ferita. Si affrettò la cucitura e si fece la respirazione artificiale. 345.	Decesso 18 giorni dopo l'operazione. La inc. guarì, per *primam.* La temp. salì a 39. 4. La sezione necroscopica fece conoscere trattarsi di tumore ovarico infettante in sfacelo e la morte avvenne per peritonite e enterocolite ulcerosa.
Mar. Am. a. 50 0-para G. 81 Colorno	20|7|1890	Menorragie e disturbi addominali, anemia.	1. Come nel caso n. 7. 4. Incisione lunga 10 cent. 5. Si trovano le molte masse state diagnosticate come miomi, ma si trova pure versamento liquido nel cavo peritoneale e ghiandole mesenteriche infiltrate e si rettifica la diagnosi in quella di *sarcoma dell'utero diffuso.*	Guarigione della ferita per *primam.* T. mass. la sera della operazione 39. 8, quindi sempre sotto a 38. Uscita 16. 7. con edemi alle estremità.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
10	Sev. Gat. v. dall'As. a. 27 0-para G. 49 St. Lazzaro	29|5|1891	Dolori, marasmo progressivo. Tumori nel bacino.	1. Come nel caso n. 7, narcosi coll'apparecchio di Junker. 4. Incisione lunga 10 cent. Fu messo allo scoperto un tumore cistico aderente alle intestina non al peritoneo parietale; fu isolato con grande fatica ed esportato finchè si arrivò su altro tumore comunicante coll'intestino; quello aveva un contenuto liq. chiaro citrino; questo aveva un rivestimento di membrana piogena. Fu isolato ed esciso anche questo e fu cucita la breccia comunicante all'intestino. Fu posto il drenaggio. Trattavasi di una raccolta saccata pelvica e di un tumore ovarico aperto nell'intest. 409.	Decesso 1. 7. 9 peritonite, ess riaperta la co cazione fra l'int e il cavo perito L'operazione n limitata a se esplorazione o va, perchè qua lavoro di isola del tumore era gredito non s fare a meno d durre la oper a termine.
11	Col. Al. a. 19 0-para G. 55 Gattotico (Reggio E.).	19|4|1892	Dolori e metrorragie. Cisti dermoide?	1.-4. Come nel caso n. 7. 5. Durante l'incisione facile sanguinamento; si trovò il peritoneo spesso e l'omento e il peritoneo viscerale aderente al parietale, le intestina erano saldate; nè in basso nè in alto si potè penetrare in cavità, col dito attraverso le intestina si sentiva il supposto tumore situato a sinistra. Si esportarono tre bitorzoletti bianchi fra tanti che erano nelle intestina e supposti tubercoli. 465.	Guarigione. T. mass. 38 all del terzo e del giorno. Esce 14. 5. 92. Peritonite tuber
12	Ros. An. in Gav. a. 53 9-para G. 105 Codelbosco	28|7|1892	Sofferenze, dimagrimento.	1.-4. Come nel caso n. 7. 5. Fu trovato un tratto di intestino tenue colle pareti inspessite per neoplasie del tratto corrispondente di mesenterio molto probabilmente: sarcoma retroperitoneale.	Guarigione delli sione per *prim* Uscita il 17. 7. condizioni in entrata. T. mass. 37. 6.
13	Mor. Ad. in Cor. a. 27 0-para G. 65 Poviglio	30|3|1893	Dolori addominali e peggioramento progressivo. Tre anni prima nell'ambulatorio si era diagnosticata ovaro-salpingite bilaterale.	1.-4. Come nel caso n. 7. 5. Fu trovato il peritoneo parietale spesso come corame, e una raccolta saccata nella metà sinistra del ventre e una conglomerazione intestinale simulante un tumore addossato alla regione lombare, i genitali interni ricoperti da una spessa membrana fibrinosa.	Il decorso post tivo fu irregola vomito e febbr donna lasciò l'i a dì 21. 4. e s bette circa un dopo a domic seguito a fistol coracea e mar
14	Luc. Ma. in Sar. a. 29 3-para G. 51 Berceto	6|4|1893	Dolori, dimagrimento, prolasso completo dell'utero, tosse, aumento progressivo del ventre. A dì 3. 2. fu fatta la paracentesi e si cavarono 8-10 litri di liquido albuminoso. Innestato in un coniglio non diede effetto.	1.-4. Come nel caso n. 7. 5. Fu trovato una peritonite tubercolare parietale e viscerale. Lavato il peritoneo con acqua salicilica.	La donna ebbe corso post-op rogolarissimo, tico. L'utero stette a le condizioni g migliorarono a to. La operata dette guarita. Uscì a dì 21. 4

X. TAGLIO CESAREO.

Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
Pa. Old. a. 39 2-para (1 aborto) . di matricola 8303 Poviglio (Reggio E.)	10|6|1885	Stenosi pelvica per rachitismo. C. V. 55 mm.	Operazione Porro eseguita pochi giorni prima del termine della gravidanza. 1. Narcosi col cloroformio — Spray — medicazione Lister. 2. Incisione da due dita sul pube all'ombelico; squarcio dell'utero in traverso; estrazione del feto per la estremità cefalica. Feto maschio vivo. 3. Laccio elastico, secondamento, amputazione dell'utero e delle ovaia dopo aver infitti due aghi in croce. 4. Benderelle di garza attorno al moncone; cotone al percloruro di ferro sopra. 5. Cucitura colla seta a tutta sostanza. Durata della operazione 3|4 d'ora.	Guarigione. Adesione per *primam.* Caduto il peduncolo in ventiduesima giornata. Uscita 24. 6. col bambino. Madre e figlio vivono tuttora e stanno bene.
ar. ls. in Pir. a. 23 0-para Golese 8896	12|4|1890	Stenosi pelvica per rachitismo. C. V. 68 mm.	Taglio cesareo col metodo di Sänger. 1. Narcosi cloroformica colla maschera di Esmark. Medicazione con garza imbevuta di soluzione alcoolica di jodoformio esiccata, cotone e guttaperca. 2. Incisione da poco sopra all'ombelico a tre dita sul pube corrispondente al terzo medio dell'utero; prolungata per potere estrarre l'utero; estrazione dell'utero tirando fuori prima l'angolo sinistro. Chiusura della incisione con pinze Museaux. Incisione verticale dell'utero in alto a tutta sostanza e prolungamento sulla guida del dito; emostasia temporanea con due mani attorno alla cervice dell'utero; distacco della placenta, da un lato estrazione del feto per i piedi che erano in alto a destra. 3. Secondamento con spremitura e colla mano attraverso alla ferita, lavatura del cavo uterino con acq. fenica 5 0|0 asciugamento con garza e spolveramento con polvere di jodoformio. 4. Cucitura della incisione durante la quale la emostasia è ottenuta con cravatta di garza messa attorno alla cervice. Cucitura profonda a punti staccati senza interessare la mucosa con filo di seta intraflettendo il peritoneo prima di stringere il nodo. Cucitura superficiale secondo Leopold, passando intraverso negli spazii fra i punti profondi e obliquamente dentro alle anse dei medesimi. 5. Riposto l'utero dopo pulitura di esso e del peritoneo e dopo aver constatata che non vi era emorragia e che l'utero era contratto, fu fatta la cucitura della incisione addominale come negli altri casi. Feto asfittico riavuto, peso gr. 2800. Maschio.	Guarigione. T. mass. 38. 8 la sera della operazione, indi mass. 37. 6, p. 75-80. Tolti i fili nel giorno ottavo. Adesione per *primam.* La donna fu portata nell'istituto in travaglio. Uscita 15. 4. col bambino. Fu constatato che il viscere aderì alla cicatrice della incisione addominale. Rimase di nuovo incinta, nell'aprile 1891, non avendo potuto ottenere che la donna si assoggettase a termine ad un nuovo taglio cesareo fu operata di parto prematuro; il feto nacque vivo ma morì poco dopo. Il primo bambino cresce sano e prosperoso.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
3	Bal. Ad. in San. a. 35 8897 Fontevivo	15|4|1890	Rottura dell' utero e della vagina, feto passato quasi in toto nel cavo peritoneale rimanendo sporgente dalla vagina un braccio.	Gastrotomia. Amputazione utero-ovarica Porro. 1. Narcosi cloroformica colla maschera di Esmark; il resto come nel caso precedente. Disinfezione dei genitali. 2. Incisione da poco sopra il pube; fu trovata la testa del feto (spalla destra, dorso posteriore con procidenza del braccio in vagina e fuori dei genitali) il feto era situato al davanti dell'utero; estratto il feto tirando sul capo; era morto. 3. Si trovò l'utero lacerato obliquamente in su verso sinistra e distaccato il fornice ant., lacerati anteriormente i legamenti larghi. Si fece il moncone colla cervice lacerata accartocciandola e si applicò un filo metallico stretto con un piccolo cintrat e si esportò l'utero colle tube e le ovaia. Toelette peritoneale con soluzione salicilica 3 p. 0[00, la quale esportò parecchi coaguli. 4. Fu applicato un tubo di drenaggio di gomma attraverso alla rottura vaginale pescante in vagina e nel lato sinistro del bacino, al davanti del legamento largo. Fissazione del peduncolo nell' angolo inferiore della incisione. Cucitura colla seta come al solito. 5. L'utero era « subseptus » la deformità congenita aveva cagionato altra volta una presentazione di spalla e un rivolgimento difficile. 366 (1).	Guarigione. T. mass. 39. 4 l del terzo giorno la sera del quar di poco a poc ressia. Nel nono sotto ad uno sf vomito avvenu scenza della fer dominale, il pe solo resistette. rivò a tempo a la cute. Uscì 21. 6. 90. (1) Rimase a presso il prof. dopo il Congre dico 1890.
4	Dalm. Ma. a. 53, nubile 1-para 9178 Vicofertile	19|3|1892	Soggetto gravemente deformato per rachitismo congenito: micromelia e cifosi lombare. Bacino R. con forma pseudo osteomalacica.	Taglio cesareo Sänger a dilatazione di 3 centimetri. 1. Narcosi cloroformica; il resto come nel caso n. 2. 2. 3. Incisione da tre dita sopra l'ombelico a tre dita sopra il pube; tirato fuori l' utero fu inciso per lungo, si trovò la placenta, la cervice fu stretta colle mani, la ferita addominale dietro all'utero fu stretta colle pinze Museaux; il feto fu estratto pei piedi; il cordone era edematoso, il battito persisteva ma non si potè rianimare; estratta la placenta e tolte le membrane e disinfettata la parete, fu applicata la cravatta di garza; raschiata la regione placentale, toccata la superficie con ac. fenico 10 0[0. Cucitura Sänger, Leopold, iniezione di ergotina nell'utero, massaggio, riscaldamento dell'utero. Si ottenne la contrazione. Toelette, riposizione del viscere. 4. Cucitura addominale come al solito, e solita medicazione.	Decesso con fe di colasso due e l'operazione. La necroscopia una dilatazio l'uretere destr sufficenza dell spide e dila del foro atrio colare destro. te avvenne pe da asistolia pe ficenza della spide. Il bambino n asfissia in t per insufficien zione placenta ultimi tempi gravidanza co vamento nel
5	Al. Ma. in Per. a. 34. 4-para N. 9278 Fontanellato	25|11|1890 operatore dottor Pozzoli	Osteomalacia e bacino viziato gravemente. 1.ª gravidanza a termine; 2.ª forme isteriche, parto a termine;	Amputazione utero-ovarica Porro. 1. Narcosi cloroformica tre ore dopo la rottura delle membrane, dilatazione di cent. 5. Disinfezione dei genitali e del ventre. 2. 3. Incisione mediana da tre dita sul pube a sopra l'ombelico, prolungata	Guarigione de na. Feto vivo T. mass. 37. 6 del primo gio Caduta del m ventesimo gi Uscita col bamb

Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
		3.ª dolori *reumatici* (osteomalacici) e parametrite e flemmasia *alba dolens* (sei anni fa). Ora tiene il letto per dolori vivi in ogni movimento.	di poi, sgusciamento dell'utero pieno; chiusura della incisione con cuscinetti di garza e pinze Museaux. Apertura dell'utero verticale, distacco della placenta verso sinistra, rottura delle membrane a sinistra ed estrazione del feto cercando i piedi a destra, pinza sul cordone e taglio, il feto vagisce. Secondamento attraverso la breccia durante compressione manuale della cervice. Compressione colla cravatta di garza. Trafittura della cervice coll'ago di Kaltenbach munito di doppia corda di gomma. Doppio laccio legando le corde di gomma colla seta. Taglio dell'utero e delle ovaia a 4 cent. sopra al laccio. Emostasia completa. Tosatura del moncone e causticazione con acido fenico 10 p. 0[0. Toeletta, poco sangue nello sfondato anteriore. 4. Cucitura della ferita addominale; i due punti sopra e sotto al moncone, (trattamento esterno), trafiggono il peritoneo viscerale. Trafittura del moncone con ago ad alette e fasciatura del moncone con garza. Medicazione solita. 519.	a dì 9. 1. straordinariamente e rapidamente migliorata tanto che cammina col solo aiuto di bastone.
Bi. C. a. 24 2-para Ost. 9342 Parma	15|5|1893	Bacino rachitico pseudo osteomalacico. Il primo parto fu prematuro e fu completato col forcipe, il feto morì poco dopo.	1. Narcosi cloroformica coll'apparecchio di Junker, batuffoli di cotone in garza, disinfezione con etere e alcool, sterilizzazione dei mezzi di medicazione a 160.° a secco. 2. 3. Rotte le membrane per constatare se la testa poteva impegnarsi per fare la sinfisiotomia; si constatò la impossibilità e la procidenza del cordone. Incisione sulla linea alba sottile, estratto l'utero copertolo e lacerate le membrane fu estratto il feto che era in present. di vertice destra, tirando sui piedi, uscì subito anche la placenta; stretta la cervice colle mani. Feto vivo. Il resto come nel caso precedente 4. Come nel caso precedente. 5. Fu esportato il corpo dell'utero colle ovaia e le tube. Nelle ovaia solo si vedeva a malapena una traccia di corpo luteo nella sinistra e la placenta era adesa a destra posteriormente. 582.	Guarigione. Apiressia. Caduta del peduncolo. Esce 19. 6. 93. Il bambino è sempre vivo.
Er. in Pel. a. 22 3-para 9356 Parma	4|6|1893	Osteomalacia progressiva.	1. Solita disinfezione e narcosi cloroformica. 2. 3. 4. 5. Metodo Porro. Utero estratto intiero, l'incisione cadde sulla placenta. Legatura in due colla corda di gomma impiantata coll'ago di Kaltenbach, trattamento esterno del peduncolo; esportato l'utero e le ovaia. Bambino vivo.	Guarigione e notevole miglioramento della ammalata. Leggera febbre per catarro bronchiale. Moncone caduto in quindicesima giorn. Uscita col bambino a dì 5. 7. 93. Nell'anno innanzi fu operata di parto prematuro artificiale, il bambino nacque vivo, morì poche ore dopo.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
8	It. Boz. a. 25 0-para 9403 Parma	15|9|1893	Stenosi pelvica per rachitismo. C. V. 7 1|2.	1. Come sopra. 2. 3. 4. 5. Metodo Sänger. Tratto fuori l'utero intiero fu aperto, rotto le membrane, estratto il feto vivo (V. 1), indi distaccata la placenta, raschiato l'utero. toccato con acq. fenica e jodoformio, cucitura a punti staccati e altra a filzetta alla Leopold.	Guarigione. Feto vivo, peso mi 3340 femmin T. mass. 38. Tolti i fili prin giorno ottavo. Adesione per *p* non ostante la r fosse molestata tosse. Lochi sc cessati presto. Uscita 12. 10.

XI. LAPAROTOMIE IN DONNE GRAVIDE.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
1	Zan. Dem. in Pag. 9-para G. 58 bis 8792 Basilicagojano	26|5|1889	Disturbi della respirazione per la pressione addominale. Gravidanza nel principio del settimo mese.	1. Narcosi cloroformica colla maschera di Esmark. Cucitura del ventre coll'etere; palle di cotone al sublimato a vece di spugne. Medicazione alla Lister. 2. Legatura del peduncolo col filo di seta in due e sopracucitura. 3. Affondamento del peduncolo. 4. Cucitura della incisione lunga 12 cent. cogli aghi di Hagedorn. 5. *Cistovario* voluminoso dell'ovaio sinistro. 300	Guarigione. Riunione della per *primam.* Uscita 19. 6. Il parto venne mine e la donn altra gravidar seguito nel 189
2	Malv. El. in Mic. an. 35 1-para G. 92 Roccabianca	22|7|1890	Risentimento peritoneale; dolori; dimagrimento in soggetto che aveva sofferto peritonite. Gravidanza di due mesi e mezzo.	1. V. n. 1. 2. Legatura del peduncolo in due fasci perchè esteso verticalmente e piatto. 3. Affondamento. Si vedeva come nel caso precedente l'utero di colore paonazzo; fu sollevato durante la legatura del peduncolo; questo fu sopracucito con punti staccati. 4. V. n. 1. 5. *Mioma cistico* sottoperitoneale situato al davanti del legamento largo di destra peduncolato; grosso come due pugni, versamento libero nel cavo peritoneale. 372.	Guarigione. Temp. mass. 3 sera della oper adesione per *p* Uscita 19. 8. La operata ebb gravidanza in e partorì 2 ge
3	Fan. Fil. in Pat. an. 36 7-para Torric. di Sissa G. 92	30|6|1892	Volume del tumore, dolori. Gravidanza di un mese scoperta dopo l'operazione; (2 mesi) non danneggiata nè dalla operazione nè dal cateterismo uterino.	1. V. n. 1. 2. 3. Come nel caso. n. 1. 4. Incisione lunga 8 cent., cucitura come sopra. 5. *Cistovario* uniloculare con torsione di lungo peduncolo. appartenente all'ovaio sinistro. L'ovaio destro sano fu lasciato in sede. 486.	Guarigione, dec golare della danza. Temp. mass. 3 secondo giorn Un punto di cu suppurò e si f cucitura secon Uscita in buo condizioni ad 1892. Nella v uscita fu ricon incinta di du

XII. OVARO-SALPINGECTOMIE VAGINALI.

Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
Ca. Ern. in Die. 3-para G. 49. Sorbolo	11|4|1890	Dolori per degenerazione cistica dell'ovaio di sinistra.	1. Narcosi cloroformica colla maschera di Esmarck. Disinfezione dei genitali esterni e della vagina e del cavo uterino con suluzione al sublimato corrosivo. Chiusura dell'orificio uterino con piccolo batuffolo di cotone e presa delle due labbra del collo dell'utero in un tempo con una sola pinza Museaux per tirare in basso ed in avanti il collo (previo cateterismo vescicale e svuotamento del collo). 2. Incisione ampia del fornice vaginale posteriore con direzione leggermente concava innanzi; messo allo scoperto il peritoneo e dissecato alquanto colle dita viene inciso colle forbici sul mezzo e colle forbici viene prolungata la breccia ai lati. 3. Colle dita non si riesce ad enucleare il tumore, neppure con mezzo complicato e cioè premendo colla mano esterna sul ventre, si riesce invece afferrando la cisti per una piccola piega con una pinza emostatica, la tuba viene cercata e tratta fuori dopo. 4. Con ago a manico fisso viene trafitto il legamento utero-ovarico con filo doppio di seta e il peduncolo viene legato in due, esciso l'ovaio e la tuba viene lavata con acido fenico al 10 0|0 il moncone è rimesso dentro. Cucitura della breccia comprendendo il peritoneo, ai due lati e nella parte mediana lasciata aperta fu posto un drenaggio di garza imbevuto di soluzione alcoolica eterea di jodoformio e lasciata asciugare; colla stessa garza fu tamponata la vagina. 5. Cisti semplice dell'ovaio sinistro grosso come ova di gallina; ovaio destro sano lasciato in sito. 365.	Guarigione. Temp. mass. 37. 8 la sera del terzo giorno. Si toglie il drenaggio di garza nel terzo giorno. Si tolgono i punti di sutura, ai lati, nel dì ottavo e si trova saldatura completa. Uscita 7. 5.
Ped. Eu. ved. Rav. a. 64 7-para G. 79. Collecchio	10|7|1890	Degenerazione cistica delle ovaia, prolasso uterino.	1. Come nel caso n. 1. 2. Come nel caso n. 1 e prima di enucleare le ovaia fu fissato il peritoneo provvisoriamente alla parete anteriore e alla posteriore dolla vagina rispettivamente. 3. L' enucleazione riesce mediante un uncino doppio guidato da un dito, le punture dell' uncino fanno uscire un po' di liquido e facilitano la enucleazione. 4. Vedi n. 1. 5. I tumori erano grossi come una piccola mela. Cisti semplice.	Guarigione. Temp. sempre normale. Tolto il drenaggio di garza nel secondo giorno, tolti i punti di sutura nel giorno ottavo.
	31|7|1890	Per il prolasso.	Colpo perineorafia col metodo di Hegar, sutura vaginale col catgut e perineale con seta. 370.	Tolti i fili perineali nel quinto giorno. Guarigione. Uscita 16. 8.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
3	Pie. Polm. in Bov. a. 32 2-para G. 104 Ronco campo canneto (Mantova)	28|8|1890	Ovaro-salpingite tubercolare (?) sinistra. Erosione della cervice. Marito tubercolotico.	Amputazione della cervice e cucitura. Vedi n. 1, 1. La trazione viene fatta sul collo coi fili della cucitura della cervice. 2. Apertura del peritoneo laboriosa. 3. Pure laboriosa la estrazione dell'ovaio, per pseudo-membrane che tenevano l'ovaio aderente. 4. Vedi n. 1. Drenaggio dello spazio del Douglas senza cucitura con garza iodoformata. 5. Ovaro-salpingite a contenuto caseoso nella tuba. 373.	Guarigione rela temp. mass. 37. terzo e nel se giorno. Dopo l'o zione la donna intenso freddo. La donna si la sempre in segu dolori nella re degli annessi di d Uscita 21. 9. Operatore dott. in assenza del p
4	Zil. Cle. in Fur. a. 36 10-para G. 2 Golese	14|11|1890	Metrorragia, dolori, degenerazione cistica delle ovaia.	1. Narcosi coll'apparecchio di Junker, il resto come nel caso n. 1. 2. La incisione riuscì assai pronta tanto della vagina, quanto del peritoneo. 3. L'ovaio destro fu tratto fuori coll'uncino acuto doppio, il sinistro fu tirato fuori con difficoltà con una pinza dentata, aiutando con pressioni sul ventre. 4. Trattamento del peduncolo come nel caso n. 1. Drenaggio di garza. 5. Cisti semplice. 379.	Guarigione. Ad per *primam*, mass. 38, in giornata, abb appena tolto i naggio. Uscita 10. 12. 9

XIII. ISTERECTOMIE TOTALI *PER VAGINAM.*

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
1	Pel. For. ved. a. 38 4-para G. 2 Parma	10|5|1882	Dolori e metrorragie per sarcoma della cervice.	1. Narcosi cloroformica colla maschera di Esmarch e sgocciolatoio. Disinfezione dei genitali esterni e della vagina coll'acido fenico. Raschiamento del canale cervicale. 2. Apertura del fornice anteriore con incisione semilunare e del peritoneo e capitombolo anteriore mediante un doppio uncino inguainato. 3. Legatura dei legamenti larghi con filo di seta, mediante un klemmer di Caselli e cogli aghi Deschamp. 4. Drenaggio dello spazio del Douglas col tubo di vetro. 5. *Sarcoma* della cervice dell' utero. 1.	Decesso 8 giorn l'operazione in to a peritonite. no fatte lavata ritoneali freque soluzione di del commercio al 30 0|0. Ques tica che allora uso, la abba come pericolos Temp. mass. 39 La sezione necr ca dimostrò che operativo era condotto regola te; forse non rono abbastanza polose preca antisettiche.
2	An. Giu. in Pa. a. 43 6-para G. 7	16|1|1883	Metrorragie e dolori per epitelioma della cervice diffuso alla vagina.	1. 2. 3. 4. Come nel primo caso. 5. Epitelioma del collo diffuso alla vagina. 3.	Recidiva iniziat ma della uscita Uscita 24. 2.

Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
Or. Mar. in Cav. a. 44 16-para G. 43 Fiorenzuola d'Arda (Piacenza)	8|7|1885	Dolori e metrorragie per epitelioma della cervice uterina.	1. Come nel primo caso. 2. Apertura dei due fornici senza capitombolo. 3. Legatura dei legamenti larghi coll'ago di Ruggi. 4 Lasciata aperta la breccia vaginale, applicandovi contro della garza al jodoformio. 5. Epitelioma della cervice uterina. 81.	Decesso nel secondo giorno per incipiente peritonite. Temp. mass. 39. La operazione e la narcosi dovettero essere sospese parecchie volte per le gravi condizioni della operanda. La sezione necroscopica dimostrò che l'atto operativo era stato regolare; non si saranno usate abbastanza scrupolose precauzioni antisettiche.
Lu. Gott. v. Bert. a. 54 2-para G. 70	12|11|1885	Perdite acquose sanguinolenti e purulenti per epitelioma della cervice.	1. Come nel primo caso. 2. Apertura del fornice posteriore dopo aver fatta una incisione circolare attorno al collo e due incisioni profonde verticali ai lati del collo. 3. Segmentazione dei legamenti larghi colle forbici-pinze del Ruggi. Apertura del peritoneo anteriormente dopo discolata la vescica dall'utero aprendo un piccolo ascesso utero-vescicale. Legatura delle tube con filo di seta; quindi, tolto l'utero, legatura del tessuto stato compreso dalle pinze. 4. Drenaggio di vetro nel Douglas con stuello di cotone e garza al jodoformio ai lati del tubo. 5. 104.	Guarigione. Temp. mass. 37. 7. Tolto il drenaggio nel quarto giorno. 18 giorni più tardi ebbe 39. 2. Uscita 29. 12 essendo caduti tutti i lacci.
Cas. Fos. in Mas. a. 27 2-para G. 19	26|1|1886	Perdite sanguigne e giallastre per epitelioma della cervice e dolori.	1. Come nel caso n. 1. 2. Apertura dei fornici e scollamento della vescica dall'utero e apertura del peritonio posteriore. 3. Non essendo riuscita la segmentazione dei legamenti larghi colle forbici emostatiche del Ruggi, furono applicate parecchie pinze emostatiche sempre più in alto, tagliando il tessuto fra la pinza e l' utero con forbici curve sul piatto e lunghe; esportato l'utero la legatura fu fatta man mano con filo, portato da aghi curvi sostenuti dal porta aghi e così man mano furono tolte le pinze. 4. Chiusa in parte la breccia vagino-peritoneale e posto un tubo di drenaggio di vetro con cotone jodoformato dentro e garza ai lati. 5. Epitelioma del corpo dell' utero già diffuso ai legamenti larghi e al peritoneo. 116.	Guarigione rispetto alla operazione. Recidiva. Ebbe poche volte temperatura 38. 8 e 39. 8. Uscita 4. 4. non essendo ancora caduti i lacci.
Cat. Cat. a. 50 1-para G. 38	29|4|1886	Miomi multipli in utero completamente prolassato.	1. Come nel caso n. 1. La narcosi e la disinfezione si opera essendo l' utero fuori dei genitali esterni Si trafiggono i due fornici laterali con aghi curvi, per avere due anse di filo di seta per far tenere fisso l'utero. 2. Si incide circolarmente la vagina attorno al collo, si disseca col dito e si apre il peritoneo poster. che combaciava con quello dell utero; si fa capitombolo posteriore con maneggi combinati delle dita.	Guarigione. Temp. mass. 37. 7. Nel settimo giorno si toglie il drenaggio. L'operazione fu breve e facile.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
				3. Si segmentano i legamenti larghi cominciando dalle tube e dai legamenti rotondi, si incide per l'ultimo il peritoneo utero-vescicale. 4. Come nel caso quarto e con maggiore facilità, perchè la breccia era esterna; fu riposta mediante la garza in vagina. 5. Molti nodi miomatosi sottoperitoneali nel corpo dell'utero grossi come nocciuole. 126.	
		4|6|1886	Prolasso della vagina.	Colpo-perineorafia.	Guarigione. Uscita il 27. 6. av solo un laccio de gamenti larghi caduto.
7	Vir. Ver. a. 38 2-para G. 48 Gattatico (Reggio E.)	11|6|1886	Metrorragie per epitelioma della cervice di forma poliposa.	1. Come nel caso n. 1. Esportazione parziale della massa neoplastica prima di afferrare le labbra del collo dell'utero. 2. Come nel caso n. 1 e capitombolo posteriore. 3. Segmentazione colle forbici emostatiche del Ruggi, colle quali fu lesa la vescica per cui si seguita colle pinze emostatiche ordinarie come nel caso n. 4. 4. Come nel caso n. 4, cucitura della fistola vescicale. 5. Epitelioma della cervice. 150.	Guarigione con fo stoloso. T. mass. 37. 5. Catetere in perma za nella vescica. Tolto il tubo da naggio nel terzo no. Uscita 15. 7.
8	Fir. Cor. in Dor. a. 47 4-para G. 97 Parma	4|10|1889	Perdite sanguinolenti per epitelioma del collo uterino.	1. Narcosi cloroformica colla maschera. Disinfezione colla soluzione di sublimato prima della operazione e coll'acido fenico in soluzione durante la medesima e asciugamento con batuffoli di cotone cosperso di polvere di jodoformio. 2. Apertura dei fornici con due incisioni una anteriore, una posteriore non comunicanti, apertura del peritoneo ant. e post. e capitombolo ant. col mezzo di uncino doppio acuto. 3. Segmentazione dei legamenti larghi cogli aghi Deschamp cominciando dalle tube. 4. Drenaggio con garza jodoformata pescante nello spazio del Douglas. 5. Epitelioma della cervice. 319.	Guarigione. T. mass. 38. 2. Cambiato il drena nel secondo gior tolto nel quarto. Uscita 5. 11., non sendo ancora ca tutti i fili di seta
9	Bas. An. in Ce. a. 38 9-para G. 7 Ostia di Borgotaro	14|11|1889	Metrorragie e dolori per epitelioma dell'utero.	1. Come nel caso n. 8. 2. Apertura del fornice post. del Douglas, indi del fornice ant. e del peritoneo previo distacco della vescica colle dita. 3. Segmentazione dei legamenti larghi con seta portata dagli aghi di Deschamp con forbici curve sul piatto e progressivo abbassamento dell'utero senza capitombolo. 4. Tirati i ciuffi di parti legate fino ai due angoli della apertura vaginale e con un punto di filo di seta fissati alla vagina e al peritoneo. Drenaggio del Douglas con garza jodoformata. 5. Epitelioma della cervice invadente parte del corpo. 351.	Guarigione. T. mass. 38 2. Uscita 11. 12. 1889, sendo tutti cadu fili di seta.

Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
Cel. Ben. in Pol. a. 36 7-para G. 3 Parma	28|11|1889	Metrorragie e scoli fetenti per epitelioma della cervice a forma di ulcera rodente.	1. 2. 3. 4. Come nel caso n. 9; una volta segmentati i legamenti con progressivo abbassamento dell'utero si trovò che il fondo aveva contratto aderenze col peritoneo pelvico, furono legate e tagliate. 5. Epitelioma rodente. 346.	Guarigione. T. mass. 38. Cambiata la garza nel secondo giorno. Uscita 24. 12. 89 con alcuni fili non caduti.
Mor. Ma. n. Col. a. 44 0-para G. 34 Parma	13|2|1890	Leggere sofferenze, diagnosi di epitelioma incipiente mediante esame microscopico.	1. 2. 3. 4. Come nel caso n. 9. In tutti i casi dopo aperto il peritoneo cucivo con un punto il medesimo colla parete vaginale corrispondente. 5. Epitelioma della cervice. Nodo miomatoso del fondo dell' utero grosso come un torlo di uovo, e molti nodetti miomatosi sottoperitoneali. 353.	Guarigione. T. mass. 37. 6. Uscita 13. 3. portando ancora i fili delle legature dei legamenti larghi, caduti più tardi.
Erm. Zer. a. 40 0-para G. 45 Colorno	27|3|1890	Perdite acquose abbondanti da due anni e sanguigne da due mesi per epitelioma della cervice.	1. Narcosi coll' apparato di Junker. 2. 3. 4. Come nel caso n. 9. Filo di catgut. 5. Epitelioma della cervice, la lesione aveva eroso il tessuto cervicale fino a livello dell'orificio interno. 362.	Guarigione. T. mass. 38. 1. Tolto il drenaggio due giorni dopo della operazione. Caduti i fili di catgut prima dell'uscita della operata. Uscita 19. 4.
Mez. Ma. a. 43 0-para G. 105 Roccabianca	7|9|1890	Dolori; metrorragie per epitelioma della cervice.	1. 2. 3. 4. Come nel caso n. 9, durante l'applicazione di un laccio, *da avanti, indietro,* fu lacerata la vescica che fu poi cucita in fine della operazione. 5. Epitelioma della cervice. 374.	Guarigione con piccolo foro fistoloso urinario guarito più tardi spontaneamente. T. mass. 38. Operatore il dott. Crosti, aiuto dell'istituto. Uscita 6. 10.
Al. Ol. in Cet. a. 47 6-para G. 39 Sissa	19|3|1891 Metodo di Ohlshausen	Metrorragie e dolori.	1. Come nel caso n. 9, chiusura del collo dell'utero con punti di sutura. 2. Come nel caso n. 9, però la incisione vaginale fu circolare e il peritoneo anteriore fu aperto solo dopo avere già praticate diverse alacciature attraverso la breccia posteriore e separato il tessuto ai lati del collo così da poterlo abbassare. 3. Catgut portato da aghi Deschamp modificati. 4. Lasciati corti i fili e abbandonati nel ventre. Tolto l' utero si affacciarono successivamente le due ovaia con degenerazione cistica e furono esportate colle tube previa legatura con doppio filo di seta, cucitura della breccia completa, con gatgut per il peritoneo, e con seta la vagina. 5. Epitelioma della cervice e mioma nel fondo. 398.	Guarigione. T. mass. 37. 6. Tolti i fili di seta nell'ottavo giorno. Uscita 7. 4., adesione della breccia vaginale per *primam.*
Sp. Fil. v. Ra. a. 52 12-para G. 52 Parma	24|4|1891 Metodo di Ohlshausen	Metrorragia per epitelioma della cervice.	1. 2. 3. 4. Come nel caso n. 14, anche la breccia vaginale fu cucita col catgut. 5. Epitelioma della cervice. 403.	Guarigione. T. Mass. 38. 5. Uscita 13. 5. 91.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
16	Ra. Cl. in Sa. a. 38 2-para G. 43 St. Secondo	28|4|1891 Metodo di Ohlshausen	Metrorragia per carcinoma del corpo dell'utero diagnosticato col raschiamento, eseguito a dì 10. 4. 1891.	1. 2. 3. 4. Come nel caso n. 15; la segmentazione del legamento largo di destra fu fatta completa così si tolse l'utero da un lato e si segmentò l'altro legamento dall'alto al basso. 5. La neoplasia è limitata al fondo dell'utero vicino all'ingresso della tuba destra, epitelioma della mucosa. 404.	Guarigione. T. mass. 38 6 la del terzo giorno Esce 17. 5.
17	Bag. Val. in Ag. a. 48 7-para G. 79 Suzzara (Mantova)	5|7|1891 Metodo di Ohlshausen	Metrorragie e dolori per epitelioma della cervice.	1. 2. 3. 4. Come nel caso n. 15 e nel caso precedente. Si esporta pure l'ovaio e la tuba di sinistra per degenerazione cistica. Cucitura vaginale con fili di seta comprendenti il peritoneo. 5. Epitelioma della cervice. 415.	Guarigione. T. mass. 38. Uscita 24. 7.
18	Cas. Ro. n. Car. a. 52 9-para G. 110 Acquanegra sul Chiese (Mantova)	30|9|1891 Metodo di Ohlshausen	Metrorragie e dolori e fenomeni isterici.	1. 2. 3. 4. Come nel caso n. 15, 17, 18, per l'angustia dell'ingresso della vagina si dovettero praticare due incisioni ai lati della vulva e la strettezza della vagina rese difficile la operazione. 5. Epitelioma della cervice. 423.	Guarigione. T. mass. 37. 5. Molto vomito, to fili di seta vagi nell'ottavo giorn Persiste il nerv smo; ebbe lue 20 addietro, e, in co guenza, aborti e b bini morti prem ri. Uscita 14. 10. 91.
19	Gal. Giu. in Tir. a. 47 13-para G. 109 Piacenza	1|10|1891 Metodo di Ohlshausen	Metrorragie e dolori per epitelioma della cervice un po' diffuso.	1. 2. 3. 4. Come nei casi n. 15, 17, 18. Ommessa la cucitura vaginale per la friabilità del peritoneo inspessito. Drenaggio di garza nel Douglas. 5. Epitelioma già alquanto diffuso alla vagina. 424.	Guarigione. T. mass. 38. Nel terzo giorno tolta la garza. Uscita 26. 10. con r ta probabilità di cidiva.
20	Piz. Giu. in Vir. a. 36 1-para G. 27 Parma	9|2|1892 Metodo di Ohlshausen	Sarcoma del collo dell'utero in forma di nodo.	1. Come nel caso n. 8; narcosi coll'apparecchio di Junker. 2. Come del caso n. 14, previo raschiamento del nodo sarcomatoso e chiusura della breccia con pinza Museaux. 3. 4. Come nel caso n. 14, furono levati la tuba e l'ovaio di destra, in questo vi era un ematoma; erano aderenti. Cucitura parziale, drenaggio con garza. 5. Sarcoma limitato alla cervice in forma di nodo. 444, 446.	Guarigione. T. mass. 37. 6 alla ra del secondo g no. Durante la perman za nell'istituto e sempre una disci copia di perdita rosa proveniente peritoneo. Uscita 12. 3. 92.
21	Gar. Luig. in Cor. a. 46 4-para 1 parto premat. con feto morto G. 37 Fontevivo	11|3|1892 Metodo di Ohlshausen	Adenoma maligno del corpo dell'utero.	1. V. n. 20. 2. Dopo l'incisione circolare della vagina durante l'apertura del Douglas uscì versamento sieroso peritoneale. 3. 4. Come nel caso n. 14, chiusura del peritoneo con catgut e della vagina con seta. 5. Adenoma maligno della mucosa del corpo dell'utero. 449, 451.	Guarigione. T. mass. 37. 9 la s del secondo gior Uscita 9. 4. 92.

Nome, età ?-para Domicilio	Data della Operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
Boc. Ter. in Mil. a. 70 12-para G. 52 Busseto	21|4|1892 Metodo di Ohlshausen	Epitelioma della cervice. A dì 9. 4. fu fatto un raschiamento della neoplasia e fu curata ogni due giorni coll'ac. tannico secondo le indicazioni del dott. Marocco.	1. 2. 3. V. n. 24. 4. Chiusura della breccia, lasciati gli annessi. 5. Epitelioma della cervice. 466.	Guarigione. T. mass. 37. 3 la sera del secondo giorno. Ma in nona giornata la temper. divenne febbrile e continuò la febbre continua remittente con altri fenomeni di tifoidea. Esce 9. 5. 92. La tifoidea continuò il suo decorso regolare a casa fino a completa guarigione.
Zin. Fel. a. 47 2-para G. 67 Parma	20|5|1892 Metodo di Ohlshausen	Epitelioma della cervice dell'utero. A dì 5. 5. fu fatto il raschiamento susseguito da medicazione coll'ac. tannico secondo le indicazioni del dott. Marocco.	1. 2. 3. 4. Come nel caso n. 26. 5. Epitelioma della cervice. 475.	Guarigione. T. mass. 37. 5 la sera stessa del giorno della operazione e la sera del dì seguente. Tolti i fili della cucitura vaginale nell'ottavo giorno. Uscita 4. 6. 92.
Fil. Vesc. in Ghir. a. 56 9-para G. 125 Parma	13|9|1892 Metodo di Ohlshausen	Epitelioma della cervice.	1. 2. 3. 4. Come nel caso n. 26. Fu trovato friabilissimo il tessuto della cervice nel lato sinistro e la poca ampiezza della vagina rese l'operazione più difficile. Drenaggio del Douglas con garza. 5. Epitelioma della cervice poco apparente nell'orificio esterno e più diffuso nella parete del canale cervicale. 502.	Guarigione. T. mass. 37. 4. Tolto il drenaggio di garza nel secondo giorno e sostituito da una lista di garza meno approfondita. Uscita 9. 10. 92.
Spag. Gius. n. Cor. a. 38 1-para G. 148 Ronco Campo Canneto	10|11|1892 Metodo di Ohlshausen	Epitelioma della cervice. 30. 10. . . . demolizione della neoplasia e medicazioni del dottor Marocco.	1. 2. 3. 4. Come nel caso n. 26; chiudendo il cavo epiteliomatoso con tre pinze Museaux, fu trovato difficile legare a sinistra; non fu facile aprire il Douglas per molto grasso preperitoneale. Furono trovate aderenze peritoneali a sinistra. Chiusura della vagina. 5. Epitelioma della cervice a sinistra limitato alla regione cervicale e nodo miomatoso nel corpo dell'utero. 513.	Guarigione. Decorso apiretico. 26. 11. 92. Esce.
G. T. L. v. D. A. a. 58 6-para G. 151 Sala Bogazaa	15|11|1892 Metodo di Ohlshausen	Cancro del corpo dell'utero. 1. 11. Raschiamento per l'esame dei pezzi.	1. Narcosi cloroformica, disinfezione. 2. Incisione circolare. 3. Distacco colle dita, legature ai lati. Apertura del Douglas; altre legature e apertura del peritoneo ant., di nuovo legature. 4. Distaccate porzioni di neoplasia dall'intestino, drenaggio, chiusura parziale della breccia. 5. Cancro del corpo dell'utero riprodotto sulla parete posteriore. 515.	Guarigione. Decorso apiretico. Adesione per *primam*. Esce guarita a dì 27. 11. 92.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
27	Bov. Fel. v. Zat. a. 59 7-para G. 54 Golese	29|3|1893 Metodo di Ohlshausen	Adenoma maligno del corpo dell'utero. A dì 15. 3. 93, fu fatto il raschiamento, l'esame microscopico rivelò la natura della malattia.	1. Come nel caso n. 8. 2. Come nel caso n. 14. 3. 4. Come nel caso n. 16, però non furono esportate le ovaia, e la vagina e il peritoneo furono cucite con seta. 5. Cancro della mucosa del corpo dell'utero. 560, 563.	Guarigione. Decorso apiretic Adesione per *pri* Esce 15. 4.
28	Col. Zel. in Cot a. 34 6-para G. 67 Parma	11|4|1893 Metodo di Ohlshausen	Epitelioma della cervice in puerperio.	1. 2. 3. 4. Come nel caso precedente. Si notò però facile sanguinamento essendo trascorsi solo 40 giorni di puerperio. 5. Epitelioma della cervice. 569, 573.	Guarigione. T. mass. 38. 2. Adesione per *pri* Esce 20. 5.

XIV. ISTERECTOMIE TOTALI VAGINO-ADDOMINALI.

Num. progr.	Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazioni della operazione	Particolarità della operazione	Esito
1	Pig. Clem. in Fol. a. 49 8-para 3 aborti G. 62 Parma	17|5|1892	Emorragia per sarcoma del corpo dell'utero.	1. Narcosi cloroformica colla maschera di Junker, il resto come nel n. 1, della tav. XIII, caso 8, tav. IX, caso 7. 2. Previa disinfezione dei genitali esterni e della vagina e del cavo uterino, cucitura delle labbra del collo dell'utero; incisione circolare dei fornici, dissezione colle dita, legature ai lati colla seta fino a legare l'arteria uterina; apertura del peritoneo del Douglas. 3. Disinfezione delle pareti del ventre come nella tav. X, caso 7. Incisione dall'ombelico a poco sopra al pube. 4. Legatura dell'arteria utero-ovarica presso l'angolo esterno dell'ovaio e legatura del legamento rotondo di destra, legatura del legamento largo, perforando la faccia anteriore del legamento largo e uscendo per la apertura già praticata nel fornice posteriore. Dissezione del peritoneo utero vescicale anteriore, legature a sinistra come a destra, taglio del fornice ant. Fu usato la seta, i capi dei fili furono tirati in vagina e fu posto un drenaggio di garza peritoneo-vaginale. Cucitura della incisione dell'addome. 5. Sarcoma della mucosa della parete del corpo dell'utero con nodi sporgenti sottoperitoneali simulanti nodi miomatosi. 469, 474.	Guarigione. 14 giorni prima d isterectomia era to fatto un rasc mento col quale rono esportate g se masse neopl che che servirol fare la diagnosi croscopica della tura della deg zione e a stabi la necessità d isterectomia tota T. mass. dopo l'i rectomia 38. 2 la s del secondo gio p. 110. Dolori sati con iniezi di morfina. Tolti i fili della i sione addominale nono giorno, ade ne per *primam.* Uscita a dì 4. 6. Soccombette inv dopo nell'osped e nell'autopsia trovato un sarco del braccio sinis

XV. TUMORI DESMOIDI.

Nome, età ?-para Domicilio	Data della operaz.	Indicazione della operazione	Particolarità della operazione	Esito
av. Art. in Cab. a. 34 7-para G. 101 Montecchio	25|5|1893	Dolori e accrescimento del tumore.	1. Narcosi e solite precauzioni antisettiche. 2. Incisione lunga 10 cent., parallela alla linea mediana dalla sinfisi del pube in su. 3. 4. Divisa la lamina trasversalis superficiale e il muscolo gr. obliquo e il piccolo e il trasverso si arrivò sul tumore che fu staccato facilmente dalla lamina trasversa profonda; aderente alla sinfisi del pube e ai tendini dei muscoli retti anteriori. Furono legati a destra alcuni rami della epigastrica. Cucitura e drenaggio col tubo di gomma. 5. Tumore fibroso sorto dal margine superiore della sinfisi del pube e dai tendini dei muscoli retti. 583.	Guarigione. Tolto il tubo di drenaggio a dì 27. 5. 93. Uscita 10. 6. 93.

APPENDICE.

Durante la pubblicazione del presente lavoro si sono aggiunti alcuni casi e sono avvenute alcune variazioni, che conviene chiarire; così, nel testo, non si fa cenno di due ultimi tagli cesarei aggiunti nello specchio X e, nello specchio XIII, figurano solo 28 isterectomie totali vaginali, mentre nel riassunto generale, già pubblicato, sono 32, perchè, nel manoscritto, un doppio foglio conteneva 4 casi ripetuti Così lo specchio generale, nella linea corrispondente allo specchio XIII, vuole essere modificato nel modo seguente: casi 28, guarite 26, morte 2, e il totale delle operazioni risulta 148, con 133 guarigioni immediate e 15 decessi.

Le cifre medie dei risultati immediati emergono ora come segue:

	Casi	Decessi	Mortalità
Ovariectomie doppie, specchio II	4	—	— — %
Tumori del legamento largo, sp. IV	11	—	— — »
Ematomi e gravidanza extrauterina, sp. VI . . .	3	—	— — »
Laparotomie nelle incinte, sp. XI	3	—	— — »
Ooforo salpingectomie vaginali, sp. XII	4	—	— — »
Isterectomia totale vagino addominale, sp. XIV . .	1	—	— — »
Tumore desmoide delle pareti, sp. XV	1	—	— — »
Ooforo salpingectomie, sp. V	19	1	5.26 »
Un decesso per peritonite dall'esterno, caso 17.			
Isterectomie totali vaginali, sp. XIII	28	2	7.14 »
Due decessi per peritonite nei primi tentativi, casi 1 e 3.			
Tumori ovarici in genere I, II, III	36	3	8.33 »
Un decesso per peritonite, tumore aderente colossale punto 15 volte; un decesso in donna di 70 anni ammalata, casi 2 e 18; uno per peritonite, caso 6.			
Tagli cesarei e gastrotomia, sp. X	8	1	12.50 »
Un decesso per vizio cardiaco e mala conformazione, caso 4.			
Miomectomia con trattamento esterno del peduncolo, sp. VII	8	1	12.50 »
Un decesso per soffocazione da vermi, caso 8.			
Incisioni esploratrici, sp. IX	14	2	14.28 »
Un decesso per enterocolite ulcerosa e uno per comunicazione del tumore coll'intestino, preesistenti, casi 8 e 10.			
Miomectomia in generale, sp. VII, VIII, XIV . .	21	6	28.57 »
Miomectomia con trattamento interno del peduncolo ed esportazione totale addominale, sp. VIII . .	12	5	41.66 »
Quattro decessi, già computati nelle miomectomie in generale, uno per emorragia da sarcoma, caso 3; uno per peritonite, caso 9; due per colasso aggravato dalla emorragia, casi 10, 12.			
Mortalità complessiva . . .	148	15	10.13 »

RASSEGNA

PINNA PINTOR. — **Due casi di inversione uterina puerperale guarita radicalmente coll'amputazione dell'utero previa allacciatura elastica.** — Dalla *Rassegna di Ostetr. e Ginec.*, anno 1893, N. 8.

L'autore, esposte due osservazioni tratte dal materiale clinico dell'Ospedale ginecologico Maria Vittoria in Torino, si intrattiene sulla rarità della inversione e sulle sue cause; indi toccati di volo quei processi curativi che ora non presentano altro che un'interesse storico, si diffonde sui vari processi di legatura, e specialmente su quello che ha per base la legatura elastica. L'autore non è partigiano delle suture complementari del moncone.

Nel primo numero degli *Annali di Ostetricia e Ginecologia* dell'anno 1892 fu pubblicato un mio lavoro (« Consideraz. sopra due casi di inversione uterina ») su eguale argomento. Di esso il dott. Pinna Pintor ignorava certo l'esistenza, giacchè non gli venne fatto l'onore di un accenno qualsiasi. Eppure quante coincidenze nelle due memorie, nei concetti che vi si svolgono, nel loro raggruppamento logico, nella sostanza e qualche volta nella forma.

DECIO.

PANECKI. — **Retrofiexio uteri und Magenneurose** *(Retroflessione uterina e nevrosi gastriche).* — *Therapeutische Monatshefte,* Heft. 2, 1892.

In oggi tutti i disturbi dal lato dello stomaco i quali concomitano una retroflessione uterina, vengono semplicemente, dal punto di vista ginecologico, diagnosticati come una complicazione dello spostamento, come una nevrosi riflessa senza occuparsi per nulla di esaminare lo stomaco. Ma poichè non raramente la correzione dello spostamento non arreca sollievo alcuno ai disturbi gastrici, e poichè non è ancor chiusa la questione se si tratti veramente di turbe nervose, ed abbisognano dei dati pratici, l'A. intraprese in 15 pazienti affette da retroflessione, con sintomi gastrici, delle ricerche sull'attività dello stomaco. In 11 casi in cui il

sintomo principale era il dolore gastrico, trovò che la qualità e la quantità degli alimenti non aveva la menoma influenza sulla durata e sulla frequenza dei dolori e che la funzione chimica si compieva regolarmente. Si trattava quindi di una pura nevrosi, che in 8 donne scomparve col riporre e col mantenere l'utero in antiflessione, senza altra cura dietetica o farmaceutica, mentre nelle altre tre pazienti il trattamento ginecologico riuscì inefficace. Nelle rimanenti quattro osservazioni eranvi affezioni anatomiche o funzionali dallo stomaco, onde l'A. crede che se il piccolo numero dei casi studiati non permette di venire a conclusioni definitive, pure da esso si possa già arguire:

I. Che i disturbi gastrici concomitanti la retroflessione uterina non devono essere diagnosticati quali nevrosi riflesse così frequentemente come si fa da molti.

II. Che se dopo la correzione dello spostamento uterino, i sintomi da parte dello stomaco persistono, si deve fare un diligente esame di esso.

Dott. F. Villa.

A. Hoffmann. — **Ueber Umgehung der Künstilichen Frühgeburt durch diätetische Maasnahmen während der beiden letzen Schwangerschaftsmonate** (*Sulla sostituzione di un speciale regime dietetico negli ultimi due mesi di gravidanza, alla provocazione del parto prematuro*). — *Therapeutische Monatshefte,* Heft. 2, 1892.

L'A. ricorda la proposta fatta da Prochownick di sostituire alla provocazione del parto negli ultimi tempi uno speciale trattamento dietetico materno, ed i risultati favorevoli ottenuti nei tre casi in cui tale idea venne primamente applicata, e poi fa menzione di successi ulteriori avuti con tale metodo. Brehm lo applicò nelle ultime sei settimane, modificandolo nel senso di abolire le sostanze grasse, gli adipogeni ed i sali di calce. Egli concedette: al mattino: una piccola tazza di thè con latte e 30 gr. di Zwiebach; — a mezzogiorno: una piccola quantità di brodo con legumi (non l'orzo), miele e burro, carni magri o pesce, poca salsa, legumi verdi, insalata, ed un bicchier di vino bianco di Porto; — nel pomeriggio: una piccola tazza di caffè e 30 gr. di Zwiebach; — a sera: una piccola tazza di thè con latte, formaggio, arrosto freddo, un uovo al latte, 15 gr. di pane con burro ed un bicchiere di vino bianco di Porto.

Negli ultimi quindici giorni Brehm tolse l'uovo, il burro, il formaggio ed anche il brodo. La donna primipara con bacino totalmente regolarmente ristretto C. D. 98 mm., partorì spontaneamente una bambina lunga 50 centimetri, pesante 2600 gr., snella, sprovvista di pannicolo adiposo e con cranio assai elastico.

Swiecicki impiegò il trattamento di Prochownick, in quattro pluripare di cui i parti antecedenti avevano richiesto l'intervento operativo e che avevano rispettivamente la coniugata diagonale misurante cent. 10. 1, cent. 9. 8 e cent. 10. Il parto si avverò per tutte a termine e facilmente ed i feti presentarono le seguenti misure: gr. 2560 e cent. 45, gr. 2840 e cent. 50, gr. 2430 e cent. 49, gr. 2560 e cent. 50. Nei primi due casi il regime dietetico fu applicato per 8 settimane e negli altri per 5 o 6 settimane.

L'Hoffmann non fa di altre esperienze e solo ricorda che il Martin fa cenno di questo metodo e che il Kleinwächter domanda ad ulteriori ricerche se esso sia applicabile solo ai restringimenti pelvici di modico grado o se anche possa essere esteso alle viziature assai spiccate, e però crede siagli concesso di riferire due osservazioni proprie:

I. Quartipara alta m. 1.50. Cr. 27.5, C. E. 18, C. D. 10. Nel primo parto estrazione laboriosissima col forcipe di un bambino che conserva tuttora una traccia della branca del forcipe, nel secondo parto naturale si ebbe un feto piccolissimo, nel terzo parto altra laboriosa estrazione col forcipe di un bambino asfittico non rianimato del peso di gr. 4050. Negli ultimi due mesi della quarta gestazione si esperimenta il trattamento in questione, ed in travaglio a testa appena entrata nel piccolo bacino, per l'affievolirsi del battito cardiaco fetale intervento col forcipe. Facilissimo riesce l'estrazione di un bambino sano, snello, di belle forme ed evidentemente sprovvisto di pannicolo adiposo. Peso gr. 3070, lunghezza cent. 54. Occipito-frontale cent. 10. 5, Bitemporale cent. 8, Biparietale cent. 8, circonferenza cranica cent. 33. 5. Alla ventiquattresima settimana il neonato pesava gr. 5750.

II. Secondipara gracile, con bacino leggermente, totalmente e regolarmente ristretto. Cr. 26. 5, Spin. 23, C. D. 20, C. E. 11.75. Il primo parto avvenne in presentazione podalica, ma quantunque il feto fosse piccolo, l'estrazione della testa attraverso alla filiera pelvica, offrì grandi difficoltà e causò la morte del bambino. Nelle ultime quattro settimane stretto trattamento di Prochownick, ed aumento del peso della donna di soli 500 gr., trattandosi nuovamente di presentazione podalica si effettua l'abbassamento dell'arto anteriore e due ore dopo il feto è espulso fino al tronco e facili riescono il disimpegno manuale delle braccia e l'estrazione del capo colla manovra di Veit-Smellie. Misure del neonato: gr. 3060, cent. 51. 25. Occipito-frontale 10. 5, Ritemp. 8. 5, Bipar. 10, circonferenza cranica 35 cent. Il feto presenta pannicolo adiposo con sviluppo non spiccatamente scarso ed alla fine della ventesima settimana pesa gr. 6880.

Le due donne sopportarono la dieta speciale senza alcuna difficoltà ed il loro benessere non fu menomamente turbato. Nel primo caso il vantaggio ottenuto fu evidentissimo, nel secondo fu certamente assai minore, ma in questo la facile estrazione del capo si spiega colla elasticità delle ossa craniche conseguente alla cura attuatasi, dovendosi tener conto che trattavasi di un feto più sviluppato del primo nato.

L'A. cita le idee che già altri prima di Prochownick aveva avuto della influenza della nutrizione materna sulla nutrizione fetale, e dimostrandosi favorevole al nuovo metodo, si augura che ulteriori ricerche vengano a precisarne il valore sopratutto nel senso che Kleinwächter accennò, e che riguarda la sua applicabilità nelle viziature elevate.

Dott. F. Villa.

Ball. — **La folie menstruelle.** — *Annales de Psychiatrie et d' Hypn.*, février 1892.

L'influenza delle funzioni genitali sulle funzioni intellettuali è considerevole, e, però non è a meravigliarsi se il loro stabilirsi abbia, sopratutto nella donna, un' importanza talora capitale. Gli accidenti cerebrali che sono sotto la dipendenza della menstruazione ponno essere studiati separatamente, a seconda che si producono prima, durante, o dopo il periodo d'attività uterina. Per riguardo al periodo della prima attività sessuale, l'A. ricorda che nell' anno 1882 una donna venne condannata a morte per aver ucciso il proprio bambino, senza che la colpevole sapesse spiegare in alcun modo il delitto commesso. Durante la sua detenzione nel carcere si osservò che a ciascun periodo mestruale la donna era colpita da disturbi cerebrali intensi.

I fenomeni che si producono al momento della mestruazione sono assai numerosi, e per la maggior parte d'origine congestiva, interessanti organi diversi, e spesso tutto il sistema nervoso. Così si spiegano i disturbi periodici e passeggieri che possono sopraggiungere a questo momento.

Una ragazza di 19 anni, robusta, ma nata da genitori nervosi, mestruata regolarmente, era soggetta durante i catamenii ad accessi d' asma e soffriva nello stesso tempo di coliche uterine assai forti. Sei mesi prima in seguito ad un'emozione violenta, i menstrui cessarono, e sopravvenne un accesso di manìa con allucinazioni che durò una diecina di giorni, e di poi la fanciulla si rimise completamente in salute, ma alla mestruazione successiva i disturbi cerebrali si riprodussero, e da quel tempo tornano in scena a ciascun periodo mensile. Gli accessi di manìa caratterizzati sopratutto da una loquacità eccessiva, fatto abituale nella donna, da agitazione, fenomeni aggressivi, ecc., durano da otto a dieci giorni, poi tutto rientra nell'ordine, ma la malata non conserva memoria di ciò che è avvenuto.

Ciò costituisce un punto importante, perchè un alienato che non si ricorda per nulla dei suoi accidenti cerebrali è molto più lontano dalla guarigione di colui che se ne ricorda, ne parla e sopratutto non arrossisce di parlarne.

È notorio che al momento della mestruazione la maggior parte delle donne

prova qualche fenomeno insolito, interessante per lo più il sistema nervoso. Il fatto più comune è l'emicrania che si può considerare come l'inizio di una lieve eccitazione centrale. Ma a lato di questo fenomeno sì abituale, si vedono bizzarrie di carattere che raggiungono qualche volta un grado eccessivo. Nelle isteriche e sopratutto nelle epilettiche, vi è spesso provocazione dell'accesso. Ma, fra i disturbi intellettuali, ciò che si osserva il più spesso è una modificazione dell'umore ordinario, che diviene essenzialmente litigioso, al punto da rendere in quel momento assai penosa la vita comune; sovente la gelosia assume allora esaltazioni da persona malata. Nei casi di questo genere, si tratta di disturbi intellettuali o morali che non sono che il primo gradino ad accidenti più gravi, e però abbondano le osservazioni di diplomania, di cleptomania, ecc. Spesso è stata segnalata l'erotomania, ed è noto il caso di una malata che in condizioni d'eccitazione genitale straordinaria, domandava in quei momenti d'essere condotta in un postribolo. Il più grave di tutti questi disturbi è la follia omicida, della quale esiste un buon numero di ossevazioni ben note: tuttavia si osserva molto più spesso un delirio, generalizzato e non specializzato, la manìa propriamente detta, che scoppia quasi sempre durante lo scolo del sangue. Gli accidenti cessano per solito colla mestruazione o poco tempo dopo, ma tuttavia si vede talora la malata cadere nella manìa cronica, e si osserva anche la forma melanconica, specie nelle ragazze, all'apparizione del flusso mensile, potendo del resto questi fenomeni cessare in seguito.

La prognosi della follia menstruale è relativamente favorevole, ma bisogna tener gran conto della predisposizione. Con questa riserva la terapia è abbastanza attiva. Le sanguisughe, i vescicanti, ponno avere qualche utilità, ma è sopratutto il bromuro di potassio, rimedio essenzialmente genitale, che deve essere principalmente adoperato. Infine quando si tratta di vera manìa, non bisogna dimenticare che a lato della morfina, dell'oppio e dell'atropina il tartaro stibiato a dosi deboli, è ipostenizzante, efficacissimo per calmare eccitazioni di questo genere.

Dott. F. Villa.

Routier. — **Epithelioma primitif de la trompe.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, janvier 1893.

Donna di 60 anni presentante un tumore con tutti i caratteri di un cistovario; anche l'anamnesi deponeva per simile affezione. Ma nell'anno antecedente colta improvvisamente da un dolore al lato sinistro del ventre, aveva emesso dalla vagina un enorme quantità di liquido giallo citrino, il che la sollevò delle sue sofferenze, ed una diminuzione di volume dell'addome. Quando la vide l'A. fece diagnosi di tumore maligno, e pensando che l'ablazione era pericolosa la consigliò

ad attendere. Se non che 9 mesi dopo davanti alla chiarezza dei sintomi di tumore ovarico, avendo la donna riacquistato un buon aspetto, la operò felicemente. Il pezzo esportato, che era la tromba distesa e continuantesi con una cisti uniloculare, fu inviato a Cornil, il quale trovò che la cisti altro non era che il padiglione enormemente dilatato. Non si trovò traccia di ovaio, tutta la superficie interna della sacca era tappezzata da vegetazioni fungose. L'esame microscopico parlava per un epitelioma primitivo della tromba.

Cornil è d'avviso che la lesione è delle più rare.

Decio.

Pozzi. — **Des opérations conservatrices de l'ovaire (résection, ignipuncture).** — Comunicazione all'Accademia di Medicina. — *Annales de Gyn. et Obst.*, février 1893.

È un lavoro sulla tendenza a limitare il sacrificio di una parte dell'organo ammalato allo scopo di conservare alla donna la sua fecondità. L'A. ha fede in questa chirurgia conservatrice degli annessi, nella quale però è necessario precisare le condizioni ed i limiti. Così ad esempio nei casi di piosalpinge, od ascessi tubo-ovarici non si potrà far altro che l'ablazione. Nel caso d'idrosalpinge con integrità relativa dell'ovaio potrassi tentare una chirurgia conservatrice, tanto più se una certa quantità di tessuto ovarico è normale e la tuba è permeabile, o può divenirlo. Parla poscia della resezione parziale dell'ovaio, o della salpingostomia o resezione parziale della tromba con creazione artificiale del padiglione. Verso questa seconda operazione l'A. è poco propenso, per la tendenza della tromba ad obliterarsi di nuovo, o per la mancata funzione legata a profonde alterazioni dell'epitelio vibratile. Per l'A. solo l'ovaio è suscettibile di operazioni parziali, poichè anche una piccola parte di ovaio lasciata è bastevole per assicurare la regolarità delle mestruazioni, e per permettere la fecondazione. Cita a tale proposito i casi di Schroeder e di Martin. Ogni qualvolta la tromba è sana, e solo l'ovaio malato bisogna tentare di conservarne parte, si capisce quindi che i casi più favorevoli sono quelli in cui l'ovaio è sede di ben limitate alterazioni. Indica la tecnica operatoria raccomandando di fissare il padiglione della tromba al moncone ovarico con qualche punto di sutura, *salpingorafia* che ha per iscopo di opporsi a che la tromba non s'allontani, per così dire, dall'ovaio, e non vada a contrarre aderenze che renderebbero inutile l'operazione conservatrice. Quivi l'autore sostituisce frequentemente l'ignipuntura alla resezione, colla quale si aprono successivamente le piccole cisti cauterizzando la loro superficie interna, agendo anche beneficamente in profondità nello stroma ovarico. Tale combinazione non può

apportare pregiudizio all'ulteriore sviluppo dei follicoli Grafiani, colla sclerosi postuma, perchè nel peritoneo l'escara sarebbe riassorbita molecola per molecola senza lavorìo infiammatorio, e senza proliferazione embrionaria suscettibile di organizzarsi in tessuto connettivo. Termina la comunicazione con una tavola in cui sono compendiati 12 casi in cui l'A. ottenne risultati assai soddisfacenti.

Decio.

Note di terapia ostetrica e ginecologica.

Il cloruro di metile contro il cancro uterino.

Il prof. Bouchard lo impiegò con successo applicando dei tamponi bagnati con esso liquido, e potè in tal modo rendere sopportabile la vita durante più mesi.

Cura delle vegetazioni non sifilitiche dei genitali esterni.

Ossido di piombo	gr. 0, 25
Soluzione di potassa caustica a 33.° 7 . . .	» 0, 50

mesci, uso esterno.

Le vegetazioni lavate con soluzione antisettica ed asciugate sono bagnate colla miscela sovraindicata che verrà bene agitata, ed a capo di pochi minuti esse divengono nere e mobili e facilmente rimovibili mediante un batuffolo di cotone. Ne risulta una piccola piaga che si spolvera di jodoformio. Se le vegetazioni sono molto voluminose e numerose si faranno parecchie medicazioni ad intervalli di 2, 3 giorni. L'anestesia locale è per lo più superflua.

Cloasma ed efelidi della gravidanza (Besnier).

Unguento del Vigo	ana gr. 15
Vaselina	

Spalmare questo unguento su d'una garza e ricoprirla con guttaperca, ed al mattino lavata la pelle con acqua calda, applicare la pomata:

Caolino e carbonato di bismuto	ana gr. 10
Vaselina	» » 40

Cura della sifilide durante la gravidanza.

La terapia deve secondo Besnier consistere nell'amministrazione di tonici e di rimedii specifici:

I. Medicazione tonica. Buona alimentaz., sciroppo di ioduro di ferro, chinacei.

II. Medicazione specifica. — Tutti i giorni amministrare una delle pillole così composte:

Bicloruro di mercurio	gr. 0,01
Estratto tebaico	» 0,005
Estratto di genziana	» 0,05
Glicerina	q. b.

e far prendere l'ioduro di potassio alle dose di gr. 0,50, gr. 1.

La cura si continua durante tutta la gravidanza, e l'aumento del peso della donna è la misura della sua efficacia.

Riceviamo e pubblichiamo:

Firenze, 25 ottobre 1893.

Stimatiss. Sig. Professore,

Le sarò molto obbligato se Ella vorrà inserire nel prossimo numero de' suoi *Annali*, questa breve risposta alla rettifica del prof. Leopold.

Sono veramente dispiacente, che il prof. Leopold, abbia interpretato così letteralmente le mie frasi. Riporto a giustifica di quanto scrissi, traducendole dai *Centralbl. f. Gynäk.* di quest'anno, N. 23, pag. 523, le seguenti parole del prof. Zweifel: « Mi meraviglio, » egli dice, « di aver udito pronunziare de' giudizi « così severi sulla sinfisiotomia. Questo non era desiderabile in un congresso di « ginecologi tedeschi. L'attacco del prof. Leopold mi ha più meravigliato sopra « tutti. Egli definì un tempo l'operazione come una conquista preziosa, destinata « più del taglio cesareo a divenire patrimonio comune di tutti i medici. » Presentemente essa non risponde più a questo ideale. Il prof. Leopold aveva dunque modificato i suoi apprezzamenti sulla sinfisiotomia, dalle sue prime pubblicazioni *Centralbl. f. Gynäk.*, N. 30, 1892. « Arbeits aus der Königl Frauen klinik zu Dresden. » Hirzel, 1893. Lipsia, Vol. I. Egli si era schierato fra gli avversari a quest'atto operativo.

Si capisce bene che Egli come gli altri combatteva un'operazione nel campo della pratica, il concetto generale teorico-clinico resta immutato come l'intuito geniale di Sigault, l'aveva concepito 116 anni fà. Nessuno dopo tante ricerche anatomiche e tanti fatti clinici pensò ad attaccare la sinfisiotomia da questo lato. Mi dispiace di aver col mio scritto fatto pensare al prof. Leopold che in Italia si potesse credere di Lui che Egli volesse combattere la sinfisiotomia ancora con i vecchi argomenti del Baudelocque. Il prof. Leopold è così ben conosciuto da noi, che qualora anche le mie parole avessero aperto adito a questo dubbio, nessuno l'avrebbe creduto mai.

Ringraziandola sig. prof. stimatiss. e salutandola mi dico

Obbligatissimo
Dott. Leonardo Gigli.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XV. Novembre 1893. Num. 11.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN NOVARA

Relazione sommaria sul movimento clinico-didattico

nel biennio scolastico 1891-92 e 1892-93

PEL

DOTT. ETTORE TRUZZI

Professore Direttore.

(Continuazione e fine, vedi pagina 730).

CENNO SUI PRINCIPALI CASI GINECOLOGICI.

ANNO 1891-92.

I. N. 11. — Vpara, 29 anni. Endometrite del corpo fungosa post-abortiva. *Raschiamento* con cucchiaio Olshausen, zaffamento con garza al jodoformio. In seguito lavature endouterine con soluzione calda di creolina 2 0[0. La paziente non può trattenersi in Clinica oltre 3 giorni. Poche medicazioni successive con tintura di jodio in ambulatorio completano la guarigione.

II. N. 28. — Vpara, 33 anni, agiata, pensionante; affetta da uretro-colpoendometrite gonorroica. Deperimento generale: neurastenia. Medicazioni del canale uretrale con azotato d'argento. Disinfezione rigorosa vagino-uterina con soluzioni antisettiche di sublimato e di permanganato potassico. Più tardi *raschiamento* endouterino e zaffamento con garza all'jodoformio. Lavature successive endouterine con soluzione calda di creolina 1 0[0 e tamponi vaginali all'eurofene in glicerina. Iniezioni ipo-

dermiche di citrato di ferro ammoniacale a scopo ricostituente. Esce migliorata assai, anche nelle condizioni generali, in ventesimasesta giornata.

III. N. 31. — IIIpara, 35 anni. In seguito all'ultimo parto (gemellare), che avvenne a domicilio or sono due mesi e nel quale occorse l'estrazione manuale della placenta, insorse grave processo settico puerperale (ovarosalpingite bilaterale purulenta, pelvicellulite e pelviperitonite settica). Uno o due accessi febbrili, preceduti da brividi, nelle 24 ore; grave deperimento nello stato di nutrizione. *Ovarosalpingectomia bilaterale;* gli annessi, specialmente di sinistra, sono sepolti in una massa di tenui essudati, a cui aderiscono anche anse del tenue. Per cinque giorni dopo l'operazione si ebbe apiressia; poi insorse un nuovo accesso a freddo e ricomparvero dolori endopelvici. Le condizioni gravi della paziente, il dubbio che nuove e pericolose aderenze coll'intestino si fossero ordite nel frattempo, mi consigliarono a mettere a prova, avanti la estirpazione anche dell'utero, un programma operatorio meno radicale e pericoloso: apersi cioè per vagina e zaffai con garza jodoformica lo sfondato del Douglas, facendo precedere un esteso scollamento digitale verso i lati del cellulare periuterino per rintracciare ed evacuare eventuali piccoli ascessi, che si fossero annidati nel cellulare pericervicale e della base del legamento largo. Per quanto quest'ultima indagine avesse esito negativo, tenne dietro alla fognatura del Douglas un nuovo periodo di apiressia, che fu però più tardi nuovamente turbato da un attacco di *influenza,* che in quei giorni aveva colpito buona parte delle ricoverate della Clinica. In cinquantunesima giornata dopo la laparotomia la donna potè essere congedata dalla Clinica in discrete condizioni di salute, che poi migliorarono rapidamente col soggiorno in campagna. Ebbi occasione di rivedere anche recentemente la donna, e la trovai in condizioni di salute veramente lodevoli.

IV. N. 42. — Nubile, 41 anni; pensionante agiata. È affetta da colossale *fibroma ovarico di sinistra,* che, avanti la laparotomia, venne giudicato erroneamente per fibroma uterino sottoperitoneale. Aperta la cavità addominale ed estrinsecato il tumore, si potè riconoscere l'indipendenza del medesimo dall'utero e la mancanza dell'ovaio corrispondente: coesisteva legger grado di ascite. Il peduncolo, nettamente individualizzato, venne affondato. Decorso regolare. Esce in ventiquattresima giornata.

V. N. 46. — IIpara, 27 anni. Il primo parto fu abortivo, il secondo seguito da processo settico puerperale, in causa del quale si costituì una raccolta marciosa nel cellulare perivescicale e preperitoneale della parete anteriore addominale. Una *incisione laparotomica* sulla linea mediana dà esito a notevole copia di pus cremoso, inodoro; la cavità asces-

suale, dopo rottura digitale di trabecole, per rendere comunicanti nuove pozze marciose contigue, viene lavata con soluzione di creolina, e profondamente zaffata con garza jodoformica. Nel decorso post-operativo si osserva per pochi giorni un tenue gemizio di urina dalla cavità ascessuale per avvenuta comunicazione della medesima colla vescica in corrispondenza dello spazio di Retzius: tale fistola vescico-addominale si chiude rapidamente; la paziente, sempre apiretica dopo l'evacuazione della raccolta, migliora rapidamente anche nelle condizioni generali; lascia la Clinica in ottantesimasesta giornata, avendo ancora un sottile tramite fistoloso. In occasione di una visita successiva fatta alla paziente, si riscontra la medesima perfettamente guarita. Catamenio regolare.

VI. N. 47. — Vpara, d'anni 34, affetta da osteomalacia puerperale a corso lentamente progressivo. *Ovarosalpingectomia.* L'ovaio sinistro offre una cisti da idrope follicolare della grossezza di un mandarino. Decorso apiretico; miglioramento sensibilissimo ed abbastanza rapido delle condizioni della donna. Esce in ventesimaquarta giornata.

VII. N. 77. — VIpara, d'anni 43, agiata, pensionante: affetta da fibromioma uterino interstiziale, ed estremamente anemica per menorragie gravi, ribelli all'hydrastis, all'ergotina ed agli altri comuni mezzi di trattamento medico. L'utero ha complessivamente le proporzioni proprie alla prima metà del quarto mese di gravidanza. Alla sonda cm. 9,5. *Ovarosalpingectomia bilaterale,* resa alquanto difficile da aderenze da perimetrite. Nel dissodamento delle stesse verso sinistra avviene la rottura della salpinge, assai allungata, poco lungi dal padiglione. Fu però possibile svincolare anche quest'ultimo dal letto delle aderenze e completare l'atto operativo. Decorso apiretico. Esce in ventesima giornata.

VIII. N. 79. — VIpara, 33 anni, agiata, pensionante; affetta da quasi due mesi da *ematocele retrouterino intraperitoneale,* che giunge a circa tre dita sopra il pube e mentre non dimostra tendenza al riassorbimento, affligge intanto la donna con fenomeni di disuria, dischezia, coprostasi ribelle accompagnata da insistente tenesmo rettale. Esperiti infruttuosamente i comuni mezzi di cura, si procede allo *svuotamento della raccolta per vagina* ed allo zaffamento della cavità con garza jodoformica. Dopo cinque giorni di decorso affatto regolare, in seguito ad una lavatura endocavitaria, praticata a modicissima pressione mediante cannula a doppia corrente e soluzione tepida di creolina 0.5 0[0, insorgono dolori intensi, legger grado di meteorismo, qualche conato di vomito, senza però elevazione termica. Tali fenomeni si emendano facilmente sotto l'applicazione della borsa da ghiaccio, e poi delle compresse umide alla Priessnitz. La paziente lascia il letto in dodicesima giornata ed in sedicesima torna a domicilio, dove prosegue una cura solvente

locale contro i reliquati del processo. Rivisitata più volte in seguito, venne trovata in condizioni di guarigione assicurata.

IX. N. 82. — IIIpara, 30 anni, agiata, pensionante. È affetta da *cancro uterino* (della mucosa endocervicale), già diffuso al cellulare periuterino. Gentilizio compromesso. Fu già più volte a domicilio curata con raschiamenti e cauterizzazioni ignee. In Clinica, a scopo palliativo, scollata per buon tratto la vescica dall'utero, ed aperti circolarmente i fornici vaginali, si esportò, previa legatura delle uterine, il collo e buona parte del corpo, escidendo quanto più estesamente fu possibile il cellulare periuterino, cauterizzando in seguito con Paquelin il cratere residuo e zaffandolo con garza jodoformica. Decorso apiretico. Esce in ventesima giornata.

X. N. 95. — VIpara, 47 anni, pensionante. Prolasso vaginale: lieve *descensus* anche dell'utero. *Colporafia anteriore: colpoperineorafia alla Hegar.* Anestesia locale con cocaìna: per materiale di sutura seta bollita. Riunione per *primam.* Esce in diciottesima giornata.

XI. N. 100. — Vpara, 33 anni. È uno dei casi più dimostrativi della possibile insorgenza dell'*osteomalacia* in donna già deturpata da *rachitismo* nell'infanzia. Il rammollimento osteomalacico ha già invaso oltre al bacino, anche lo scheletro toracico. La paziente non si regge se non con grande stento e con intensi dolori. *Ovarosalpingectomia bilaterale.* La medesima a sinistra riesce assai laboriosa e non del tutto completa stante aderenze da pregressa perimetrite. Esce discretamente migliorata in sessantacinquesima giornata.

XII. N. 116. — Ipara, 28 anni. Si alzò in terza giornata dopo il parto (a domicilio). Presto ebbe a soffrire leucorrea, mista a sangue, dolori lombari, senso molesto di peso all'ipogastrio. Subinvoluzione uterina, endometrite ghiandolare, cervicite: prolasso vaginale. *Raschiamento, amputazione biconoide della portio; colporafia anteriore; colpoperineorafia* (Hegar). Per materiale di sutura seta bollita. Coalito per *primam.* Non può trattenersi in Clinica oltre la sedicesima giornata.

XIII. N. 122. — Ipara, 24 anni. Partorì a domicilio un feto anencefalico ad epoca settimestre; puerperio morboso. Più tardi ebbe perdite muco sanguinolenti abbondanti, dolori lombari, scadimento nella nutrizione. Subinvoluzione uterina: endometrite fungosa. *Raschiamento:* medicazioni endouterine con creolina pura. Esce guarita in ventesimaterza giornata.

XIV. N. 128. — XIpara, 38 anni: affetta dall'epoca della terz'ultima gestazione da *osteomalacia a corso progressivo,* la quale, contrariamente

a quanto si osserva per solito nella forma puerperale, aveva interessato maggiormente le ossa toraciche che non quelle della pelvi. *Castrazione.* L'ovaio sinistro è sensibilmente più voluminoso del destro per degenerazione microcistica. Decorso regolare. La donna esce in decimaquarta giornata, notevolmente migliorata.

XV. N. 129. — VIIpara, 34 anni. Leucorrea, menorragie, dolori lombari, ecc. in causa di retroversione (riducibile) con endometrite e cervicite. Dilatato l'utero mediante serie Hegar, se ne ottiene facilmente la riduzione mediante sonda Tiemann: indi si pratica *raschiamento* ed applicazione endouterina di creolina pura. Dopo due giorni doccie vaginali calde e pessario. Esce in buone condizioni in settima giornata, frequentando poi ad intervalli l'ambulanza fino a guarigione assicurata.

XVI. N. 131. — Nullipara, 32 anni: affetta da sarcoma del mesenterio. Ascite rilevante: deperimento rapido. *Laparotomia esplorativa.* Decorso apiretico. Esce in ventesima giornata.

XVII. N. 133. — VIIpara, 44 anni. Piccola *fistola vescico-vaginale*, conseguente a laboriosa estirpazione totale di utero canceroso per vagina. Operazione col metodo americano: sutura con filo d'argento, più qualche punto superficiale in seta. Segue riunione per *primam* salvo ad un estremo della linea di sintesi, dove da un sottilissimo tramite stilla qualche po' di urina soltanto a vescica molto distesa. La paziente, colpita da accessi di febbre malarica e pressata da motivi di famiglia, deve tornare a casa avanti che si possa provvedere alla completa sua guarigione. Torna nell'anno successivo in Clinica e ne esce definitivamente guarita.

XVIII. N. 134. — Vpara, 40 anni. Cancro uterino già estesamente diffuso ai parametri. A scopo palliativo contro le perdite siero sanguinolenti, fetenti, caratteristiche, si esporta coll'*ansa galvanica* la portio, praticando in seguito generoso raschiamento e cauterizzazione ignea del cratere residuante. Medicazione all'eurofene. Viene licenziata in condizioni migliorate in sedicesima giornata.

XIX. N. 147. — XIpara, 45 anni. Prolasso vaginale. *Colporafia anteriore duplice* (Fehling). *Colpoperineorafia* (Hegar). Sutura in catgut a filo continuo. Coalito quasi completo per *primam.* Esce in diciottesima giornata.

XX. N. 158. — IXpara, 36 anni. Dei nove parti, quattro furono ad epoca abortiva. Da alcuni mesi leucorrea, striata in sangue, menorragie, deperimento in salute. Endometrite fungosa. Coesiste nefroptosi destra. Previa dilatazione con serie Hegar, si pratica *raschiamento* e trattamento consecutivo come negli analoghi casi sopradescritti. Cessate completa-

mente le perdite, un po' migliorata nelle condizioni generali, lascia la Clinica in decima giornata.

XXI. N. 160. — 32 anni, sterile: affetta da retroversione e salpingo-ovarite destra. Venne già da altro chirurgo tentata una Alquié-Alexander senza risultato per irreperibilità da marchevole sviluppo dei legamenti rotondi. In Clinica dimostratasi infruttuosa una cura medica locale, si interviene per via laparotomica, praticando l'*ovaro-salpingectomia* a destra, e l'*isteropessia alla Czerny*. L'ovaio esportato si presenta notevolmente ingrossato ed indurito per processo di ooforite cronica e trovasi fissato da essudati perimetritici: la tuba corrispondente è pure affetta da processo infiammatorio cronico, interessante tanto la mucosa che la parete: la sua cavità è come divisa in tre loggie secondarie da tramezze incomplete, normali all'asse tubarico, occlusione dell'orificio tubo-addominale. Nelle concamerazioni tubariche, a disposizione moniliforme, sta uno scarso contenuto sieroso, leggermente torbido: reperto batteriologico negativo. Decorso apiretico. Esce in buone condizioni in ventesima-quinta giornata.

XXII. N. 164. — Nullipara, 47 anni, affetta da cisti ovarica uniloculare sinistra, a sviluppo intralegamentoso, e da emosalpinge con fusione del padiglione tubarico colla superficie cistica. Sezionata tra due legature la tuba verso l'utero, non essendo possibile enucleare alla Miner la cisti intralegamentosa, viene resecata la tuba insieme alla parte maggiore della cisti e *marsupializzato* il basso fondo di quest'ultima con sutura alla parete addominale e zaffamento con garza jodoformica. Decorso apiretico. Esce in ventinovesima giornata, presentando ancora un sottile tramite fistoloso profondo 4 cent. Notizie ulteriori informano che è avvenuta degenerazione carcinomatosa del residuo del tumore con generalizzazione peritoneale.

XXIII. N. 182. — VIpara, 43 anni, pensionante: già ricoverata in Clinica, dal 15 genn. al 10 marzo 1892, per emorragie gravi da fibromioma uterino interstiziale ed operata in tale occasione di castrazione (V. N. VII). In seguito all'atto operativo, per quanto la demolizione degli annessi fosse stata completa, e si trattasse di tumore non molto sviluppato, pure non si ebbe alcun vantaggio contro le abituali menorragie: anzi a queste ultime si sostituì una perdita sanguigna quasi incessante e solo aggravantesi in corrispondenza alle epoche catameniali. All'esame digito-uterino, previa dilatazione alla Hegar, si riconobbe che il tumore, a séde primitivamente intramurale nello spessore della parete uterina anteriore, si era fatto in quest'epoca alquanto sporgente verso la cavità uterina, con manifesta tendenza a farsi sottomucoso. Esperito inutilmente

un raschiamento, ed iniezioni emostatiche endouterine, non essendo opportuno per le condizioni della donna attendere che il tumore diventasse più sicuramente enucleabile per vagina, si intervenne una seconda volta per via laparotomica, praticandosi l' *isterectomia sopravaginale con affondamento del peduncolo mediante legatura elastica definitiva.* Il tumore, un fibroleiomioma, trovavasi, come si era sospettato, a poca distanza dalla mucosa. Al peduncolo sinistro della praticata ovaro-salpingectomia, costituente un gavocciolo leggermente idropico, aderiva per lieve essudato plastico un' ansa del tenue. Di tessuto ovarico, anche all' esame istologico, nessuna traccia.

Anno 1892-93.

XXIV. N. 14. — Sterile, 26 anni, agiata, pensionante. Fu già operata in altro istituto di cervicotomia biconoide. Ebbe allora un periodo di benessere per più mesi; poi ricomparvero leucorrea abbondante, senso di peso agli organi pelvici, ecc. Esiste in corrispondenza alla residua porzione della cervice una estesa erosione papillare, che non presenta finora, anche all'esame istologico, i caratteri di una neoformazione decisamente maligna. D'altra parte il gentilizio non è punto compromesso: lo stato generale di salute della giovane signora è florido. *Raschiamento* uterino e della superficie dell'erosione, che viene anche cauterizzata con Paquelin e medicata quotidianamente con eurofene. La paziente, apparentemente guarita, viene congedata in ventesima giornata, colla raccomandazione di farsi a non lunghi intervalli rivisitare. Viene riaccolta in Clinica più tardi ed operata di isterectomia per via vaginale. V. N. XLVI.

XXV. N. 28. — Sterile, 29 anni, pensionante; affetta da retroversione uterina per brevità congenita della parete vaginale anteriore. *Processo operativo di Skutsch modificato* (1): l'allungamento della vagina, mediante anche scollamento della vescica, viene ottenuto più in alto che sia possibile; ridotto facilmente l' utero in antiversione, si dà opera per più giorni allo stabile conservarsi della medesima mediante batuffoli di garza immessi nello sfondato anteriore e retrospingenti la cervice uterina. Più tardi applicazione, per poco tempo, di Hodge. Decorso apiretico. L' utero alla visita di congedo si mantiene in normale antiversione. Tale risultato viene riconfermato in una nuova visita fatta alla paziente quattro mesi più tardi.

---

(1) Veggasi il Congresso di Halle, *Centralb. f. Gynäk.*, 1888 — e Pozzi. « Traité de gynécologie, » 1890, p. 490.

XXVI. N. 44. — Ipara, 25 anni. Ha una lacerazione completa di perineo, interessante anche lo sfintere anale, in seguito a parto gemellare avvenuto a domicilio, con embriotomia, pare, su entrambi i feti. *Perineoplastica con processo Simon Hegar:* sutura con catgut verso l'intestino, con seta verso la vagina ed il perineo. In decima giornata, quando il coalito per *primam* pareva assicurato, sotto gli sforzi di defecazione di materie molto indurite, si ruppero estesamente le recenti coalescenze, e tornarono in scena i disturbi da incontinenza. Si cercò in seguito di ottenere una riunione per sutura secondaria, dopo aver avvivate le labbra della ferita e raschiate le superfici già leggermente granuleggianti. Il risultato fu però incompleto. La paziente, obbligata d'altra parte per impegni a tornare al proprio paese, viene congedata in quarantatreesima giornata.

XXVII. N. 52. — IIpara, 28 anni. Prolasso vaginale di terzo grado con notevole allungamento ipertrofico del collo uterino. In una sola seduta si praticano le seguenti operazioni: *cervicotomia biconoide, colporafia anteriore, colpoperineauxesis* (Martin), *laparoisteropessi* (Czerny). Per materiale di sutura nelle operazioni cervico-vaginali il catgut. Decorso apiretico: coalito per *primam.* Esce guarita in venticinquesima giornata.

XXVIII. N. 55. — IIIpara, 27 anni; pensionante. Affetta da retroflessione uterina piuttosto fissa. Premessi tentativi di riduzione per le vie naturali, si ricorre poi alla *laparoisteropessi* (Czerny). L'utero non potè essere ridotto se non a prezzo del distacco di aderenze perimetritiche piuttosto tenaci. Decorso apiretico. Esce guarita in diciottesima giornata.

XXIX. N. 57. — Nullipara, 52 anni. Estiomene vulvare: *colpitis vetularum.* Esperite con qualche lieve, ma troppo lento vantaggio, le medicazioni locali con eurofene, messe anche a prova, con non apprezzabile vantaggio, tre iniezioni di tubercolina, sotto alle quali una sol volta si ebbe un rialzo termico a 38. 1, venne praticata l'*escisione* della massima parte del *grande* e *piccolo labbro* di destra, dove aveva sede l'estiomene. Decorso apiretico. Esce in buone condizioni in trentaquattresima giornata. Notizie ulteriori soddisfacenti.

XXX. N. 58. — 29 anni, agiata, pensionante. Sterilità, dismenorrea e menorragie per piccolo fibromioma interstiziale, tendente a farsi sottomucoso, insediato nella parete uterina anteriore. Considerata la piccolezza del tumore, la riluttanza della paziente a qualsiasi operazione un po' grave, si esperisce, previa dilatazione uterina alla Hegar, la *discissione bilaterale della cervice.* Cura medica con hydrastis. Decorso api-

retico. Una mestruazione in Clinica, dopo l'operazione, è assai meno dolorosa ed abbondante delle antecedenti.

XXXI. N. 59. — Pensionante, 27 anni, agiata. Sterilità, dismenorrea da pronunciata e fissa anteflessione uterina. Lieve ovarite bilaterale. Turbe neurasteniche. *Impacchi alla Priessnitz: riduzione,* ripetuta a giorni alterni per tre sedute, mediante sonda flessibile del Tiemann. Da ultimo *dilatazione cervico-uterina* colla serie Hegar. Tamponi vaginali di glicerina all'ittiolo. Una mestruazione in Clinica è affatto indolora. Esce in quattordicesima giornata. È visitata dopo circa cinque mesi, e trovata in istato di gestazione (sulla fine del terzo mese).

XXXII. N. 60. — 30 anni, proveniente da una delle infermerie di medicina. Endometrite deciduale, subinvoluzione uterina, scolo mucosanguinolento, persistente a puerperio già ultimato. *Raschiamento* e lavatura endouterina con soluzione calda di creolina. Esce in buone condizioni in tredicesima giornata.

XXXIII. N. 67. — Xpara, 35 anni. In seguito ad un aborto si iniziarono perdite leucorroiche abbondanti, dolori nella defecazione, constipazione, depressione psichica, anoressia, deperimento generale. All'esame si rileva: retroflessione uterina, piuttosto fissa, endometrite glandulare in utero male involuto, cervicite. Trattandosi di soggetto neurastenico, intollerante di cure a lunga scadenza, e di utero poco mobile, si dà preferenza alla *laparoisteropessia* (Czerny), preceduta, durante la narcosi, da *raschiamento* uterino e zaffamento con garza sterilizzata. Decorso apiretico. Alla visita d'uscita (ventitreesima giornata), si trova che l'utero si mantiene in decisa antiversione e si è già alquanto ridotto nelle proprie misure.

XXXIV. N. 73. — Vpara, 41 anni, affetta da grave *osteomalacia* puerperale, a decorso lentamente progressivo, abbenchè l'ultimo parto abbia una data già piuttosto remota (5 anni). Da qualche mese soltanto, col farsi più distanziate e meno durature le epoche mestruali, avverte qualche lieve miglioramento nel suo stato. *Laparo-ovaro-isterectomia sopravaginale:* affondamento del peduncolo mediante legatura elastica definitiva. Decorso apiretico. Esce in ventisettesima giornata, in via di sensibile miglioramento. Riveduta tre mesi dopo, si presenta così bene avviata verso la guarigione, che può reggersi e camminare anche senza gruccie; ciò che prima non le riesciva assolutamente possibile.

XXXV. — N. 79. — 37 anni. Ebbe un aborto. Menorragie cospicue e conseguente idremia per piccoli fibromi uterini multipli interstiziali. Pare che negli ultimi tempi i fibromi avessero assunto uno sviluppo più alacre che in passato, così da rendersi più facilmente riconoscibili e che

l'utero fibromatoso fosse per l'addietro in istato di retroversione; perchè l'istessa donna fu operata quattro mesi prima di laparoisteropessi da un distinto chirurgo. Non ne ebbe però apprezzabile vantaggio per lo stato suo e sopratutto contro le perdite sanguigne quasi incessanti. *Laparo-ovaro-isterectomia sopravaginale:* affondamento del peduncolo mediante legatura elastica definitiva. Decorso apiretico. Esce guarita in trentottesima giornata.

XXXVI. N. 98. — IVpara, 28 anni, gravemente anemica ed affetta da endometrite post-abortiva. *Raschiamento;* medicazioni endouterine alla creolina. Iniezioni ipodermiche con siero artificiale (fosfato di sodio) a scopo di cura tonico-nervina. Esce guarita in venticinquesima giornata.

XXXVII. N. 103. — Nullipara, 36 anni, affetta da fibromiomi uterini, di cui uno voluminoso intramurale (parete anter.). L'utero ha le proporzioni come per gravidanza sulla fine del 7.° mese. Menorragie. Incremento alacre del tumore: disturbi meccanici da compressione. Idremia già spiccata. *Laparo-ovaro-isterectomia sopravaginale:* affondam. del peduncolo mediante laccio elastico. Come lo dimostra la annessa fig. 1 in fototipia (in fine del lavoro) il tumore più voluminoso s'era fatto strada prevalentemente in basso all' insotto dello sfondato peritoneale vescico-uterino, facendo quasi leva sull' utero così da spostarlo notevolmente in alto, e tappezzandosi per esteso tratto in basso ed in avanti colle pareti dell'urocisti. Fu soltanto dopo la segmentazione dei legamenti larghi, quale soglio sempre praticare nelle laparo-isterectomie se il mioma è sviluppato piuttosto in basso, e fu in seguito a paziente dissezione della vescica dal tumore, che fu possibile confezionare e costringere definitivamente col laccio elastico un buon peduncolo in un caso in cui a prima giunta si sarebbe creduta necessaria l'estirpazione addominale totale in causa delle rilevanti difficoltà per la costituzione del peduncolo. Peso della massa esportata 2170 gr. Analogo caso, pure trattato con felice esito mediante laccio elastico definitivo applicato dopo estesa dissezione della vescica stirata a notevole altezza sul corpo del tumore, venne da me operato il 18 ottobre 1892, avanti l'apertura dell'anno scolastico. Anche in tal caso la paziente era nullipara: la massa esportata, vedi fig. 2, aveva, dopo uscita di molto sangue, un peso di 1400 grammi.

L' operata N. 103 ebbe un decorso regolare: unica e lieve complicanza un tardivo e piccolo ascesso parietale. Esce in quarantesima giornata in ottime condizioni.

XXXVIII. N. 126. — IIpara, 29 anni; pensionante. Il secondo parto fu abortivo: ed in seguito al medesimo si iniziarono sofferenze, inerenti ad avvenuta retroflessione uterina (riducibile). Essendo la donna desiderosa di poter riacquistare l' attitudine al lavoro e d' altra parte

abitando in paese lontano, nè potendo quindi l'opera di un pessario essere debitamente sorvegliata, decisi intervenire colla *colpoisteropessia* (Mackenrodt). Scollata debitamente la urocisti e ridotto l'utero mediante Tiemann, praticai la sutura con grosso catgut della parete anteriore del corpo uterino colla parete vagino anteriore.

Già però in dodicesima giornata in causa probabilmente di una eccessiva cedevolezza della parete vaginale anteriore, come vidi in seguito osservato anche da Winter (1), trovai che la retrodeviazione uterina erasi riprodotta pressapoco al grado di prima. Una successiva *laparoisteropessi* (Czerny), praticata mediante brevissima incisione addominale, mi diede un risultato completo e permanente. Decorso per entrambe le operazioni apiretico. Esce in ventitreesima giornata.

XIL. N. 129. — Nullipara, 27 anni, agiata, pensionante. Dismenorrea, antiflessione fissa uterina. Produzione polipoide dolorosa al meato uretrale. *Escisione* di questa e cauterizzazione ignea del punto d'impianto. Dilatazione uterina mediante serie Hegar, previa temporanea correzione dell'antiflessione con sonda Tiemann. Decorso apiretico. Esce in settima giornata.

XL. N. 130. — Nullipara, 63 anni, pensionante. Produzione polipoide al meato urinario. *Escisione* e cauterizzazione come nel caso antecedente. Esce guarita in quinta giornata.

XLI. N. 134. — Vpara, 27 anni, pensionante. Endometrite glandulare. Erosione papillare del collo. Lacerazione perineale quasi completa datante dal primo parto. Prolasso della parete vaginale posteriore. *Raschiamento: perineoplastica* col processo del clivaggio dei lembi. Sutura con filo d'argento e catgut. Decorso apiretico. Esce in dieciottesima giornata. Frequenta poche volte l'ambulatorio per medicazioni con acido pirolegnoso per la cervicite, di cui pure guarisce bene.

XLII. N. 148. — VIIpara, 45 anni. Residuo tramite di *fistola vescico-vaginale,* già operata nell'anno antecedente. Vedi N. XVII. Cruentazione con metodo americano dei margini e sutura. Coalito per *primam.* Esce guarita in quindicesima giornata.

XLIII. N. 149. — Nullipara, d'anni 34, pensionante, agiata. Ipertrofia longitudinale della porzione intermedia del collo uterino da notevole prolasso con cistocele della parete vaginale anteriore. In una prima seduta si eseguì, previo scollamento della vescica dall'utero, l'*escisione* della metà anteriore della cervice pel tratto di 5 cent. sopra dell'orificio

---

(1) WINTER. « Zur Techik d. Vaginofixatio uteri. » *Centralb. f. Gyn.*, 1893, p. 626.

esterno, suturando poi la mucosa endocervicale colla vaginale. Si pratica pure una *amputazione biconoide* del labbro posteriore ed una *colporafia anter.* A malgrado di tali molteplici espedienti, la parete vaginale anter. tendeva di nuovo leggermente a prolassarsi, ed a riprodurre il cistocele. Pertanto in una seconda seduta a 10 giorni dalla prima, vennero praticate due nuove *colporafie* ai lati della prima e corretto definitivamente il cistocele mediante *laparo-cistopessia.* Nessun disturbo nel mitto. Decorso apiretico. Esce in buone condizioni in trentacinquesima giornata.

XLIV. N. 150. — VIIpara, 30 anni, agiata, pensionante. Ebbe la madre morta di cancro uterino a 34 anni. Da più mesi ha perdite sanguigne atipiche, ribelli alle cure ordinarie (ergotina, hydrastis, medicazioni topiche astringenti. Lungo il tramite cervicale si estende una ulcerazione a carattere sospetto, che invade anche il contorno dell'orificio esterno: la porzione sopravaginale del collo è ingrossata. Utero mobile. Dolori sacro-lombari insistenti: anemia della paziente. Premesso un generoso *raschiamento,* a scopo sopratutto diagnostico, ed accertato più tardi all'esame istologico il sospetto, insorto coll'esame clinico, di carcinoma della mucosa cervicale, si interviene mediante *isterectomia totale per vagina* fissando i monconi inferiori dei legamenti larghi alla ferita vaginale, mentre i superiori vengono, dopo recisione corta dei fili, affondati nel cavo addominale. Materiale di legatura la seta fenicata. Decorso regolare. Esce guarita, dopo 24 giorni dall'isterectomia.

XLV. N. 169. — Nullipara, 31 anni, agiata, pensionante. Fu già accolta in Clinica (Vedi N. XXIV) ed operata allora di raschiamento. Da tale epoca la paziente godette buona salute per circa quattro mesi, poi tornarono in scena perdite sanguinolenti, associate a leggeri dolori lombo-sacrali ed a note di deperimento generale. L'esame locale fece riconoscere lo sviluppo, fortunatamente non inoltrato, di un carcinoma della mucosa endocervicale. *Isterectomia totale per via vaginale,* con metodo come sopra. Alla sezione della salpinge sinistra fuoresce dal suo lume uno scarso contenuto denso, caseiforme. Le pareti tubariche del moncone aderente all'utero sono discretamente ispessite. Decorso apiretico regolare.

XLVI. N. 174. — Xpara, 43 anni, agiata, pensionante. Cervicite parenchimatosa; subinvoluzione uterina. Lacerazione un po' estesa del collo a sinistra. *Amputazione galvanica* della portio. Medicazioni endouterine con tintura jodica. Esce assai migliorata in decimaottava giornata.

XLVII. N. 175. — VIIIpara, 35 anni. Prolasso vaginale; cervicite parenchimatosa. *Amputazione biconoide del collo. Colporafia anteriore* e *colpoperineorafia con trapiantamento di osso decalcificato* nella interc a-

pedine delle superfici di affrontamento (1). Coalito per *primam*. Esce guarita in decimanona giornata.

XLVIII. N. 176. — Vergine, 29 anni, agiata, pensionante. Estremamente anemica per abituali menorragie e in questi ultimi mesi per perdite sanguigne quasi incessanti, in causa di fibromioma sottomucoso sessile, a larga base d'impianto. La ragazza dall'epoca in cui le perdite si sono fatte profuse, continue, soffre dolori uterini intensi, che si irradiano penosamente verso la parte interna delle coscie e che solo quotidiane dosi di morfina riescono a sedare. Il collo uterino è appena permeabile al dito. Dilatata sotto cloronarcosi la vagina ed il canale cervico-uterino colla serie Hegar, mi fu possibile, con un lavoro però che mi riescì lungo e defatigante, di enucleare per frammentazione l'intera massa fibromatosa; al che mi servirono assai bene le pinze *à crémaillère* del Richelot per l'estirpazione totale vaginale, che vidi raccomandate in questi casi anche dal Dührssen. Ricomposti i pezzi del tumore dopo la *colpomiomotomia,* si otteneva una massa delle proporzioni all'incirca di una arancia. Zaffamento endouterino con garza sterilizzata. Decorso regolare. Esce guarita in quindicesima giornata.

XLIX. N. 178. — Xpara, 40 anni. Menorragie da endometrite vegetante in donna gravemente idremica per pregressa placenta previa. *Raschiamento*. Medicazioni endo-uterine con creolina pura. In nona giornata, essendo ormai soddisfacenti le condizioni uterine, viene trasferita in infermeria medica per la cura dell'idremia.

L. N. 184. — IVpara, 26 anni. Cervicite (ectropion). Menorragie da endometrite fungosa. Lieve salpingite catarrale sinistra. Impacchi caldo umidi alla Priessnitz. Tamponi vaginali glicerinati all'ittiolo. *Raschiamento* ed *amputazione biconoide del collo*. Decorso apiretico. Esce assai migliorata in decimaquinta giornata per completare la cura a domicilio.

LI. N. 187. — Vpara, 34 anni, osteomalacica, già accolta in Clinica nello scorso anno (V. N. XI) ed operata di ovaro-salpingectomia. Essendo riapparse perdite sanguigne catameniali quasi regolari e con esse essendo tornate in scena sofferenze, se non così intense quanto prima, certamente

---

(1) Di tale processo, ch'io misi a prova nell'intento di ottenere, colla trasformazione dell'osso decalcificato in uno stipato tessuto fibroso, una o più zolle di tessuto resistente, che meglio guarentissero contro le facili recidive nelle operazioni di prolasso, spero poter dare presto una relazione *in extenso*. Dirò fin d'ora che un tale trapiantamento nelle due prove fin qui fatte sulla donna ed in altre su animali d'esperimento, non portò alcun disturbo al pronto coalito per prima. Il processo avrebbe qualche analogia con quello ideato dal Thiriar, per la cura radicale delle ernie, comunicato al VII Congresso francese di chirurgia in Parigi, aprile 1893.

penose per la povera donna, si decide mettere a prova anche la *estirpazione totale* dell' utero, nella lusinga che la soppressione definitiva delle perdite sanguigne e la più estesa demolizione dell'apparato sessuale, avesse ad influenzare maggiormente il decorso dell' osteomalacia e spegnere l'avvenuta riaccensione del processo. A malgrado dell'angustia dell'arcata pubica e del limitatissimo grado di abduzione delle coscie, mi riescì possibile estirpare l' utero per la via vaginale. Decorso apiretico. Esce in ventesimanona giornata. Dell'esito definitivo di questo caso non mancherò di dare ulteriori notizie.

LII. N. 189. — IIpara, 35 anni, agiata, pensionante. Diastasi di cicatrice da laparotomia, praticata or sono quattro anni a Milano (la paziente, isterica in sommo grado, non s'era mai acconciata a portare regolarmente una ventriera nel periodo post-operatorio). Incise le pareti addominali, scollato colle dita il grande omento aderente per buon tratto alle medesime, praticai di queste una resezione a tutto spessore fino in vicinanza del margine interno dei retti. Trapassate le pareti addominali a tutto spessore con tre fili metallici, questi non vennero annodati se non dopo aver praticata con catgut la sutura sinperitoneale, poi la *miorrafia* pure con catgut a filo continuo. Decorso apiretico: esito favorevole contro la diastasi. È tuttora in Clinica al termine dell' anno scolastico.

LIII. N. 190. — VIIpara, 47 anni, agiata, pensionante. Menorragie, tenesmo rettale, dolori endopelvici per retroflessione uterina riducibile con *descensus* delle ovaie e concomitante endometrite fungosa. *Raschiamento: colpo isteropessi* col metodo Mackenrodt. Anche in questo caso, come nell'antecedente, a malgrado di ogni attenzione nella sutura colpouterina, il risultato non si mantenne, e la retroflessione già in ottava giornata erasi riprodotta. Forse una certa rigidità e poca flessibilità dell'utero, causando una eccessiva tensione dei fili, forse anche una lacerabilità della parete vaginale per incoata involuzione senile della stessa (1) erano state cause dell' insuccesso. Ad anno scolastico già ultimato, a pronto sollievo delle sofferenze della donna, intervenni per via laparotomica, con esito stavolta definitivamente favorevole.

LIV. N. 191. — VIIpara, 31 anni, agiata, pensionante. Subinvoluzione uterina forse favorita dal troppo rapido succedersi di gravidanze e puerperi. Cervicite, endometrite catarrale. *Raschiamento. Amputazione biconoide del collo.* Decorso apiretico. È degente in Clinica alla fine dell'anno scolastico.

---

(1) Veggasi: DÜHRSSEN. « Ueber Vaginofixatio Uteri. » *Centralb. f. Gynäk.*, 1893, p. 684.

LV. N. 192. — Xpara, 48 anni, pensionante, agiata. Prolasso utero-vaginale di terzo grado: ipertrofia cervicale. In una seduta si pratica la *laparoisteropessi,* preceduta dalle seguenti operazioni complementari: *raschiamento — amputazione biconoide del collo — colporafia anteriore* e *colpoperineorafia con trapiantamento di osso decalcificato* (come nel caso XLVIII). Materiale di sutura il catgut. Decorso apiretico. Coalito per *primam.* La paziente è degente in Clinica alla fine dell' anno scolastico.

* * *

Complessivamente le isterectomie sopravaginali da me fin qui praticate col processo di affondamento del peduncolo mediante legatura elastica, sommano a sei, cinque per fibromiomi uterini ed una per osteomalacia. In tutti i sei casi non solo l'esito fu, come già si disse, favorevole; ma in nessuno dei medesimi si ebbero fin qui a lamentare gli inconvenienti dell'espulsione del laccio e del moncone strozzato. Eppure per alcuni di tali casi l' epoca in cui furono operati è già abbastanza remota, perchè l' accidente della eliminazione, anche se molto tardivo, potesse in caso aver tempo di verificarsi. Nè si deve credere che tale avvenimento possa aver avuto luogo a mia insaputa per insufficenza di notizie successive, inquantochè delle sei operate quattro dimorano in Novara, e sono quindi facilmente sorvegliate; ed anche per le altre due, domiciliate l'una a Pogno, l'altra a Besnate, non mi mancò opportunità di ricevere frequenti e sicure notizie, e di avere esatto conto di ogni particolare nel loro decorso consecutivo.

Questi miei risultati contrastano in modo strano con quelli che il Lauro di Napoli potè desumere da una sua recente statistica con materiale italiano, secondo la quale l' accidente della eliminazione si sarebbe verificato nella rilevante e deplorevole proporzione del 56 0[0 dei casi (1). Volendo arrischiare una spiegazione a tanta discordanza di esiti consecutivi, essendo a supporsi che in tutti i casi il laccio fosse debitamente sterilizzato, giacchè in caso diverso si avrebbe avuta con mag-

---

(1) V. Lauro. « Del trattamento del peduncolo uterino in seguito di laparoisterectomia per fibromiomi. » *Riforma medica,* 1893, vol. III, N. 63, p. 748.

giore probabilità una esplosione immediata e ben più grave di processo settico dopo l' operazione, meritano, a mente mia, di essere fissate le seguenti due circostanze:

1.ª nei casi da me fin qui operati ho sempre premesso alla strettura del moncone la segmentazione dei legamenti larghi, praticata altresì all' esterno dell' ovaio e della tuba, così da avere un peduncolo meglio individualizzato, relativamente più piccolo e con minore stiramento dei tessuti;

2.ª contrariamente alla pratica di Olshausen, che affonda il peduncolo senza curarsi di rivestirlo col peritoneo, io, ad esempio di altri (Fischer, Fritsch, Cuzzi), praticando l'escisione del tumore mi sono sempre procurato tanta stoffa di peritoneo nella porzione sovrastante al laccio, da potere in brevi istanti e con pochi punti di sutura affrontare i margini della sierosa e con essa ricoprire tutta la superficie del peduncolo. Per tal guisa in poche ore il coalito peritoneale interrompeva ogni comunicazione vagino-addominale, proteggendo assai più prontamente e sicuramente il laccio dal contatto di piogeni, di quanto lo avrebbero potuto fare la costrizione meccanica della cervice per opera del laccio medesimo, e più tardi l'organizzarsi di una capsula di essudati plastici all' insopra ed all'intorno del peduncolo, nella parte più bassa della cavità pelvi-peritoneale.

La pratica da me adottata non esige un dispendio rilevante di tempo, perchè qui la sutura non è chiamata al difficile compito della emostasi, già assicurata a permanenza dal laccio elastico, ma a quello assai più spiccio dell'affrontamento di due margini peritoneali. Al vantaggio di assicurare una più rapida e perfetta chiusura del cavo peritoneale, una tal pratica aggiunge l' altro di prevenire il pericolo di coalescenza dell' intestino col peduncolo, come può succedere quando venga perduta nel cavo addominale un'ampia superficie di sezione, come è quella del moncone, semplicemente protetta da una sottile escara da acido fenico o da altro analogo agente.

Nel seguente elenco trovasi raccolta coi dati più rilevanti la serie delle laparotomie da me praticate durante il triennio scolastico 1890-93 presso la Clinica di Novara.

ELENCO DELLE LAPAROTOMIE PER INDICAZIONE OSTETRICA E GINECOLOGICA

praticate durante il triennio scolastico 1890-93.

Numero	Data	Atto operativo	Indicazione	Guarigione con decorso apiretico	Guarigione con decorso febbrile	Decesso
	1891					
1	25 Gennaio .	Ovariotomia	Cistoma ovarico proliferante	1	—	—
2	30 Gennaio .	Isterectomia sopravaginale	Fibromioma uterino	1	—	—
3	20 Marzo . .	Isteropessia	Retroflessione irreducibile	1	—	—
4	25 Marzo . .	Ovariotomia	Cistovario	1	—	—
5	6 Maggio .	Ovarosalpingectomia doppia	Fibrom. uter. ed ovarosalping. cron.	1	—	—
6	7 Giugno .	Operazione Porro	Osteomalacia	1	—	—
7	7 Giugno .	Ovariotomia	Cistovario con torsione del pedunc. .	1	—	—
8	3 Luglio. .	Ovarosalpingectomia bilaterale	Piosalpinge	1	—	—
9	22 Dicembre	Ovarosalpingectomia e fognatura del Douglas .	Piosalpinge con peri e parametrite .	—	1	—
	1892					
10	10 Gennaio .	Estirpazione del tumore	Fibroma ovarico	1	—	—
11	14 Gennaio .	Incisione laparotomica preperitoneale	Flemmone spazio di Retzius	—	1	—
12	14 Gennaio .	Castrazione	Osteomalacia progressiva	1	—	—
13	18 Febbraio.	Ovarosalpingectomia doppia.	Fibromioma uterino	1	—	—
14	20 Marzo . .	Castrazione	Osteomalacia progressiva	1	—	—
15	12 Maggio .	Castrazione.	Osteomalacia progressiva	1	—	—

Numero	Data	Atto operativo	Indicazione	Guarigione con decorso apiretico	Guarigione con decorso febbrile	Decesso
16	13 Maggio .	Laparotomia esplorativa	Sarcoma del mesenterio	1	—	—
17	12 Giugno .	Ovarosalpingectomia unilat. ed isteropessi . .	Salpingo-ovarite e retroversione . .	1	—	—
18	18 Giugno .	Ovariotomia	Cisti intraligamentosa non enucleab.	1	—	—
19	19 Giugno .	Operazione Sänger	Rachitismo	1	—	—
20	12 Luglio. .	Isterectomia sopravaginale	Fibromioma uterino	1	—	—
	1893					
21	12 Gennaio .	Isteropessi	Prolasso grave	1	—	—
22	15 Gennaio .	Isteropessi	Retroflessione aderente	1	—	—
23	31 Gennaio .	Isteropessi	Retroflessione aderente	1	—	—
24	10 Febbraio.	Ovaroisterectomia sopravaginale.	Osteomalacia	1	—	—
25	19 Febbraio.	Ovaroisterectomia sopravaginale.	Fibromioma uterino	1	—	—
26	11 Marzo . .	Ovaroisterectomia sopravaginale.	Fibromiomi uterini	—	1 ascesso parietale	—
27	25 Aprile . .	Isteropessia	Retroflessione	1	—	—
28	25 Maggio .	Cistopessia	Cistocele grave	1	—	—
29	28 Maggio .	Isterectomia totale per via vaginale	Cancro uterino	1	—	—
30	1 Giugno .	Isterectomia totale per vagina	Cancro uterino	1	—	—
31	29 Giugno .	Isterectomia totale per vagina	Osteomalacia	1	—	—
32	30 Giugno .	Miorrafia addominale	Sventramento	1	—	—
33	2 Luglio. .	Isteropessi	Prolasso grave	1	—	—

* * *

Se alle 33 laparotomie di questo elenco si vogliono aggiungere altre due praticate nella Clinica durante le vacanze e pure seguite da guarigione (una laparoisterectomia sopravaginale per grosso mioma, affondamento del peduncolo; ed una isterectomia totale vaginale per cancro uterino), si arriva ad una somma di 35 laparotomie per svariata indicazione, senza un solo decesso: risultato questo tanto più soddisfacente quando si considerino le difficoltà attraversate per giungere al medesimo e la penuria dei mezzi, di cui ho potuto fin qui disporre nella Clinica da me diretta. Basti il dire che, non potendo io per la scarzezza degli ambienti destinare una sala alle sole operazioni ginecologiche, debbo ad ogni occasione far allestire alla meglio la camera da parto, per quanto ciò arrechi talora non lieve perturbamento all' andamento dei servizi, e la medesima abbia scarsi requisiti per tale nuova sua destinazione. Mancandomi finora una sterilizzatrice e desiderando limitare quanto mi è possibile l'uso degli antisettici, massime nell'intervento intraperitoneale, debbo ogni volta obbligare il personale ad un dispendio dannoso di tempo per la bollitura ripetuta e frazionata degli strumenti, della seta, dei batuffoli, delle bacinelle, e di molta altra parte della suppellettile di necessario impiego per una laparotomia. Infine, in mancanza di un qualsiasi letto d' operazione ginecologica, debbo con molteplici espedienti e con notevole disagio far acconciare ogni volta il largo letto da parto in letto d'operazione, per potervi eseguire sia gli atti operativi per via vaginale che quelli per via addominale!

Malgrado tutto, siccome questi ed altri minori inconvenienti possono essere in avvenire rimossi, siccome, ciò che più importa, il materiale ginecologico tende ogni anno ad affluire alla Clinica in copia sempre maggiore, così io traggo lieti auspici per l' ulteriore incremento della ginecologia nella Clinica Novarese, al quale spero anche in avvenire non avversi gli intendimenti e l'opera della benemerita Amministrazione locale Ospitaliera.

NOTA. — A conferma di quanto si è detto a pag. 694 sul numero rapidamente crescente delle allieve presso questa R. Scuola Ostetrica nel volgere di pochi anni, ci piace aggiungere qui la notizia che per l'anno scolastico in corso trovansi regolarmente inscritte presso questa R. Scuola N. 56 allieve, di cui 35 inscritte al primo anno del corso.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

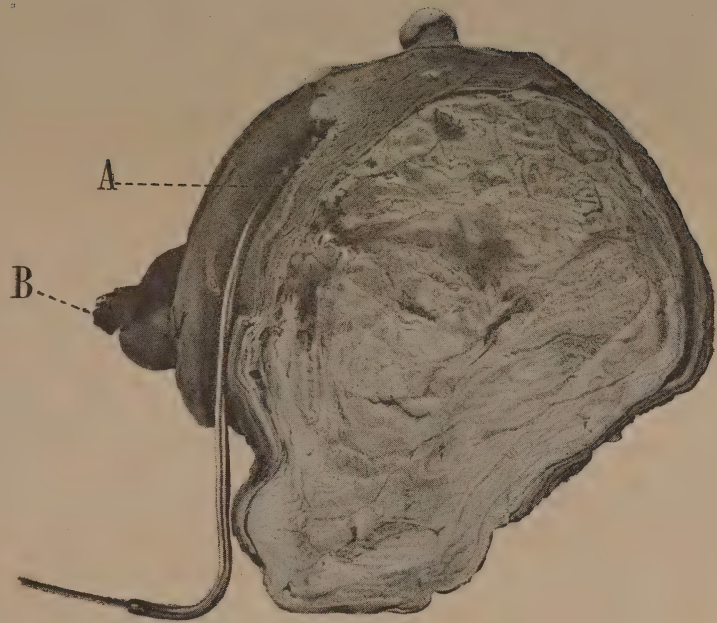
Fig. 1. — Sezione antero-posteriore mediana di utero affetto da fibromiomi multipli, di cui uno voluminoso, intramurale, sviluppatosi in grembo alla parete anteriore. Le difficoltà inerenti alla confezione di un buon peduncolo risultano evidenti in ragione dello sviluppo profondo del tumore all'insotto dello sfondato peritoneale vescico-uterino e del conseguente esteso ed elevato rapporto del tumore colla urocisti (Vedi pag. 770, osservazione XXXVII).

A. Cavità uterina, in cui sta una sonda piegata ad angolo.

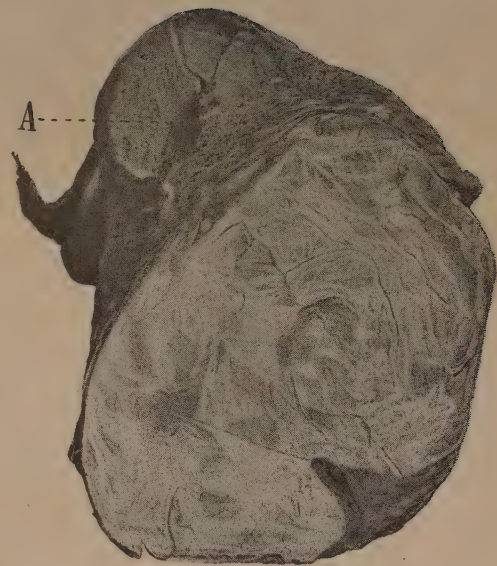
B. Annessi del lato sinistro.

Fig. 2. — Sezione antero-posteriore mediana di altro utero, pure affetto da voluminoso fibromioma in corrispondenza alla parete anteriore. Analoghe difficoltà alla preparazione del peduncolo, in causa dello sviluppo in basso del tumore e dei rapporti di questo colla vescica.

A'. Cavità uterina.



1



2

Dell'azione ecbolica dello zucchero somministrato durante il sopraparto

NOTE CLINICHE PREVENTIVE

DEL DOTT. L. M. BOSSI

Lib. Docente di Ostetr. e Ginecol. all' Univ. di Genova.

Nelle conclusioni della memoria — *Influenza dello zucchero sul lavoro dei muscoli* — comunicato dal prof. U. Mosso e da Luigi Paoletti all'Accademia dei Lincei (1) leggesi: « speriamo che esso possa essere usato con vantaggio anche nel campo terapeutico, a ravvivare p. e. l'utero gestante, quando stanco per inutile sforzo è urgente l' espulsione del prodotto del concepimento »; con che alludesi chiaramente ad una probabile azione ecbolica dello zucchero.

Ora mi è grato pubblicare i risultati di alcune esperienze cliniche iniziate fin da quando il prof. Mosso stesso gentilmente mi aveva informato degli effetti che andava ottenendo collo zucchero sui muscoli volontari, e su quanto sperava poter ottenere sui muscoli involontarii.

Le modalità tenute in queste esperienze cliniche ebbero per iscopo anzitutto di evitare, per quanto era possibile, ogni prevenzione od effetto di suggestione.

Trovandomi a dirigere la Guardia Ostetrica Permanente di Genova, il cui materiale è assai abbondante, fornii all' Istituto un numero sufficiente di pacchi di zucchero finissimamente polverato e di 30 grammi ciascuno con una raccomandazione scritta ai singoli membri della guardia di somministrarne uno, e, mancando od essendo insufficiente l'esito, anco

(1) V. Rendiconti R. Accademia dei Lincei, Vol. II, 2.0 Sem., Serie 5.ª, fasc. 8.

un secondo, nei casi d'inerzia uterina, e ciò senza lasciare intravvedere a detti sanitarii quale fosse l'indole della sostanza.

Lo zucchero quindi veniva somministrato in dose di 30 grammi, sciolto in 250 grammi di acqua, durante il sopraparto quando, per inerzia uterina, il sanitario di guardia veniva chiamato a domicilio, e riscontrava non urgente, o per la madre o pel feto o per entrambi, l'intervento operativo.

Tenevasi poi calcolo:

1.° del periodo del sopraparto in cui tale dose veniva somministrata

2.° delle condizioni in cui era il collo uterino quando venne somministrato lo zucchero, ove trovavasi la parte presentata, e se le membrane erano intatte;

3.° se l'inerzia uterina era assoluta;

4.° quale l'effetto ottenuto, e, in caso positivo, dopo quanto tempo dalla somministrazione;

5.° quanti minuti trascorrevano fra una contrazione e l'altra prima e dopo la somministrazione delle sostanze;

6.° quale l'esito del parto.

Trattandosi di esperienze fatte a domicilio, e cioè in circostanze in cui la famiglia e la levatrice, in generale a ciò ostile, si decidevano a chiamare il chirurgo per la preoccupazione di vedere il sopraparto prolungarsi in modo allarmante, i casi in cui si esperimentò furono tutti relativamente gravi, d'inerzia cioè assoluta o presso che assoluta, nei quali perciò l'intervento terapeutico, all'infuori dell'innocuo (in questo caso) desiderio dello sperimento, era veramente indicato dalle condizioni anormali del decorso del parto. Considerazione questa che potrebbe forse aggiungere qualche valore alle presenti esperienze, in compenso del numero relativamente lieve.

Ed ecco, esposti, per maggior chiarezza, in una tavola detti risultati:

Numero progress. dei casi	In qual periodo del sopraparto venne somministrato lo zucchero e quante dosi se ne somministrarono.	In quali condizioni trovavasi il collo uterino ed ove era situata la parte presentata. - Membrane rotte?	Se l'inerzia uterina era assoluta.	Quale fu l'effetto e dopo quanto tempo dalla somministrazione si ebbe.	Quanti minuti trascorrevano fra una contrazione e l'altra prima e dopo la somministrazione dello zucchero.	Esiti del parto ed altre osservazioni.
1	Due ore nel periodo espulsivo. — Una dose.	Collo completamente dilatato; testa allo stretto inferiore; membrane rotte.	Quasi assolute (una leggera contrazione ogni mezz' ora circa).	Dopo 30' si iniziarono forti e frequenti contrazioni.	Prima della somministrazione dello zucchero 30'. Dopo mezz' ora della somministraz. da 8 progressivamente fino a 2 minuti.	Parto spontaneo un' ora ed 1/4 dopo la somministraz. dello zucchero; puerperio regolare. Donna primipara; feto vivo.
2	In sopraparto da tre giorni; periodo di dilataz. — Due dosi.	Collo dilatato di 4 cent. — sacco integro.	Una contraz. ogni ora.	Dopo 45' si iniziarono forti e frequenti.	Una ogni ora prima della somministraz. dello zucchero, forti e frequenti dopo.	Placenta previa marginale; estrazione manuale. Madre e figlio bene.
3	Nel periodo espulsivo da sei ore. — Una dose.	Dilatazione completa — testa impegnata allo stretto superiore; membrane rotte	Quasi assoluta.	Dopo 30' si iniziarono le doglie forti e frequenti.	Una leggera ogni ora prima; in media ogni 5 min. dopo.	Parto spontaneo un' ora e 1/4 dopo. Madre e figlio bene. Primipara.
4	Al principio del periodo di dilatazione. — Due dosi coll'intervallo di 2 ore.	Testa impegnata (Pr. di V.) — sacco intatto.	Una contraz. ogni ora e 1/2 circa.	Tre quarti d'ora dopo le contrazioni insorsero forti.	Ogni ora e mezza prima; ogni 10' dopo.	Parto spontaneo. Primipara. Madre e neonato bene.
5	Nel periodo espulsivo. — Una dose.	Testa nello scavo; membrane rotte; dilatazione completa. Pres. V.	Assoluta da 2 ore.	Dopo 43' si iniziarono le contrazioni.	Più nessuna le due ore precedenti; una ogni 10' dopo.	Parto spontaneo 80' dopo. Madre e neonato bene.
6	Periodo di dilatazione. — Due dosi coll'intervallo di due ore.	Cinque cent. di dilatazione; testa impegnata nello scavo — sacco rotto. Pres. V.	Ogni ora circa.	50' dopo la somministrazione della prima dose contraz. ogni 20'; somministrata la seconda dosse aumentarono a 10'.	Prima ogni ora circa; dopo la prima dose ogni 20', dopo la seconda dose ogni 10'.	Quartipara. Parto spontaneo. Madre e neonato bene.
7	Periodo di dilatazione. — Due dosi con intervallo di 2 ore.	Dilatato il collo di 4 cent. — sacco rotto; presentaz. di V.	Assoluta.	Dopo 30' le contrazioni si fecero regolari.	Inerzia assoluta prima; circa ogni 5' dopo.	Rotazione sacrale del vertice; forcipe. Madre e neonato bene.

Numero progress. dei casi.	In qual periodo del sopraparto venne somministrato lo zucchero e quante dosi se ne somministrarono.	In quali condizioni trovavasi il collo uterino ed ove era situata la parte presentata. - Membrane rotte?	Se l'inerzia uterina era assoluta.	Quale fu l'effetto e dopo quanto tempo dalla somministrazione si ebbe.	Quanti minuti trascorrevano fra una contrazione e l'altra prima e dopo la somministrazione dello zucchero.	Esiti del parto ed altre osservazioni.
8	Periodo espulsivo. — Una dose.	Dilatazione completa del collo — sacco rotto.	Inerzia assoluta.	25' dopo le contrazioni si fanno regolari.	Inerzia assoluta prima; ogni 5' circa dopo.	Parto spontaneo due ore dopo la somministrazione. Madre e neonato bene.
9	Periodo di dilatazione. — Una dose.	Collo dilatato di 5 centimetri — sacco rotto. Presentazione di natiche nello scavo.	Inerzia assoluta.	30' dopo insorgono contrazioni che man mano poi si fanno sempre più forti e frequenti.	Inerzia assoluta prima; contrazioni mano mano più frequenti dopo fino ad uno o più 2'.	Parto spontaneo due ore dopo. Madre e neonato bene.
10	Periodo espulsivo. — Una dose.	Sacco rotto. Vertice allo stretto inferiore.	Assoluta.	25' dopo contrazioni forti e frequenti.	Regolari dopo.	Parto spontaneo un' ora e 10' dopo. Madre e neonato bene.
11	Periodo espulsivo.	Membrane rotte. Vertice allo stretto inferiore.	Assoluta.	Nessun effetto.	Nessun effetto.	Applicazione di forcipe. Madre e neonato bene.

NB. — Le osservazioni sopradescritte vennero fatte in parte da me ed in parte dai dottori GUGLIELMO DE PAOLI e SAMUELE DAMERINI, membri della Guardia Ostetrica, ai quali rendo vive grazie.

Dai presenti dati clinici rilevasi dunque:

1.° Che in 10 su 11 casi si ottenne un effetto ecbolico positivo dalla somministrazione dello zucchero nella quantilà di 30 grammi su 250 grammi d'acqua.

2.° Che tale effetto si constatò in media mezz'ora dopo la somministrazione, e cioè da 25 a 45 minuti primi.

3.° Che la durata di tale effetto fu in parecchi casi sufficiente per avere la spontanea espulsione del feto.

4.° Che essendone somministrato dopo due ore una seconda dose l'azione ecbolica si accentuò.

5.° Che in nessun caso si ebbero contrazioni tetaniche, ma all'incontro le contrazioni si mostrarono regolari; nessun incarceramento di placenta ebbe a notarsi.

Attenendosi alle conclusioni che emergono dalle esperienze del Mosso, sarà opportuno somministrare, nei casi non d'assoluta urgenza, una dose minore, ad es. gr. 20, ad intervalli di mezz'ora in mezz'ora. Ciò feci in un caso di aborto a tre mesi, e dopo tre dosi ottenni l'espulsione dell'ovulo completo, quando il decorso di esso avrebbe indicato un tamponamento, stante l'inerzia sopravvenuta.

Tali i risultati, che certo io non porto quali conclusioni di questo argomento, sul quale necessitano molte nuove esperienze non solo nel campo clinico ma, possibilmente, anche nel laboratorio.

Nel mentre però a tali nuovi esperimenti mi accingo, ritengo opportuno il richiamare l'attenzione su quanto finora ci appare di positivo, stante l'utilità di questo nuovo mezzo ecbolico.

È infatti ovvio come nel campo ostetrico le sostanze che hanno un azione eccitante sull'utero, in tanto sono usufruibili, in quanto le contrazioni sollevate siano regolari per intercorrenza, e non riescano tali sostanze tossiche e non producano successivamente tetania, qualità negative queste, che sono da addebitarsi ad esempio alla segala cornuta ed ai suoi derivati. E ben sappiamo come la segala cornuta ed i suoi derivati siano in generale sconsigliati nel sopraparto e particolarmente proibiti, in tale contingenza, alla levatrice.

Per rapporto allo zucchero ci è finora lecito sperare, che le migliori prerogative esistano nelle sue modalità d'azione. L'effetto suo cioè si manifesterebbe in un tempo abbastanza breve; in media mezz'ora, dopo la somministrazione.

Le contrazioni sarebbero regolari; nessun pericolo di tetania dell'utero, e quindi evitato l'inconveniente dell'incarceramento di parti fetali o della placenta; pericolo che si ha soventi in seguito alla somministrazione della segala cornuta.

Nulla poi è a temersi per rapporto ad intossicazione nè per la madre nè pel feto, epperciò la possibilità di propinarne varie dosi ad intervalli di tempo svariati secondo le indicazioni, ottenendo così effetti sempre migliori.

Si agginga inoltre la facilità di avere ovunque e presso qualsiasi famiglia tale sostanza il che, particolarmente nelle campagne, costituisce un pregio non lieve.

Il suo uso potrebbe per tali ragioni impunemente affidarsi anche alla meno intelligente levatrice.

Ripeto, finora non posso nè debbo esporre conclusione alcuna, a ciò richiedendosi ben altri esperimenti. Ma se si avverassero le previsioni che è dato fare, dopo i risultati riscontrati nelle osservazioni esposte, la terapeutica ostetrica entrerà in possesso di una sostanza ecbolica i cui vantaggi saranno assai grandi, certo tali da autorizzare la pubblicazione delle presenti poche note, aventi per iscopo di accelerarne e estenderne lo studio.

Genova, 15 novembre 1893.

R. ISTITUTO OSTETRICO GINECOLOGICO DI FIRENZE
diretto dal Prof. Cav. D. Chiara.

Laparotomie praticate dal 12 marzo al 2 ottobre 1893

PEL

DOTT. **GIULIO KIRCH**, AIUTO CLINICO.

Le diagnosi che portarono ad un atto operativo previa laparotomia furono di

Fibromiomi uterini	12
Degenerazione microcistica di ambedue le ovaia	11
» » di un solo ovaio	7
Cistoma colloideo	6
Cisti del parovario	4
Ovaro salpingite semplice	5
» » purulenta unilaterale	4
» » » bilaterale	1
Emato salpingite	2
Cistosarcoma ovarico	1
Cisti della tromba	1
Gravidanza extrauterina tubarica	1
Tubercolosi peritoneale	1
Ooforite bilaterale	1
Ematoma ovarico	1
Tumore addominale fantasma	1
Ovaro salpingite tubercolare	2

LAPAROTOMIE PRATICATE NELL'ISTITUTO DI MATERNITÀ

dal 12 Marzo al 2 Ottobre 1893.

Numero progr.	Data	N. del Registro	Nome	Diagnosi	Operazione	Operatore	Esito
1	12 Marzo	93	Guerrini Raffaella 39 anni.	Fibromioma del corpo dell'utero.	Amputaz. dell'utero fibromatoso. (Laccio elastico). Affondamento del peduncolo. Il tumore pesa 500 grammi.	Dott. Kirch.	Guarigione.
2	26 Marzo	115	Marmugi Irene 41 anni.	Cisto-sarcoma dell' ovario sinistro.	Estirpazione dell' ovaio sinistro degenerato. Il tumore pesa 3800 gr.	Prof. Chiara.	Guarigione.
3	30 Marzo	114	Pignatti Zaira 49 anni.	Fibromi multipli e piosalpingite bilaterale.	Enucleazione d'un fibroma interstiziale. (Enormi aderenze circondanti l' utero e gli annessi che non si possono esportare).	Prof. Chiara.	Morte.
4	1 Aprile	90	Mari Caterina 26 anni.	Degenerazione microcistica delle ovaia.	Castrazione bilaterale.	Dott. Kirch.	Guarigione.
5	16 Aprile	130	Bruschi Tonina 38 anni.	Cisti del legamento largo di sinistra.	Ablazione degli annessi di sinistra.	Prof. Chiara.	Guarigione.
6	19 Aprile	151	Jovi Adelaide 57 anni.	Enorme cistoma colloideo dell' ovaio sinistro con sviluppo intraligamentoso.	Escisione del cistoma e peduncolizzazione a spese della parete della cisti. (Peduncolo trattato esternamente).	Prof. Chiara.	Guarigione.
7	7 Maggio	169	Collarini Albina 38 anni.	Degenerazione sclerocistica delle ovaia e cisti del parovario di sinistra.	Ovaro-salpingectomia bilaterale.	Prof. Chiara.	Guarigione.
8	7 Maggio	164	Biagini Aurelia 30 anni.	Ovaro-salpingite doppia.	Ovaro-salpingectomia.	Prof. Chiara.	Guarigione.
9	14 Maggio	177	Chini Adele	Grosso fibroma interstiziale	Enucleazione del fibroma ed amputazione	Prof. Chiara.	Morte.

11	21 Maggio	182	Matteini Fidalma 36 anni.	Fibroma interstiziale. Degenerazione delle ovaie.	Non si è potuto fare l'enucleazione del fibroma nè la castraz., per le aderenze che tenevano fissi gli ovai all'utero.	Dott. KIRCH.	Guarigione.
12	11 Maggio	191	Pagliai Fillide 29 anni.	Degenerazione microcistica delle ovaie.	Ovaro-salpingectomia.	Prof. CHIARA.	Guarigione.
13	8 Giugno	216	Sichei Maria 32 anni.	Degenerazione microcistica dell'ovaio sinistro e cisti dell'ovaio destro.	Castrazione bilaterale.	Dott. KIRCH.	Guarigione.
14	12 Giugno	208	Agresti Marianna 36 anni.	Fibroma interstiziale e degeneraz. microcistica delle ovaie.	Ovaro-isterectomia addominale. (Laccio elastico, affondamento del peduncolo).	Prof. CHIARA.	Guarigione.
15	17 Giugno	218	Rubrigi Sestilia 31 anni.	Gravidanza tubarica e ovaro-salpingite destra.	Asportazione degli annessi di sinistra; nella tromba si era sviluppato un uovo di circa 2 mesi. Ovaro-salpingectomia destra.	Dott. FRANCESCHI.	Guarigione.
16	25 Giugno	250	Berti Amelia 24 anni.	Ovaro-salpingite purulenta a sinistra. Ematosalpinge a destra.	Ooforo-salpingectomia bilaterale.	Dott. LANDUCCI	Guarigione.
17	27 Giugno	233	Allegri Asia 35 anni.	Cisti intraligamentosa. (Gravidanza endouterina al 2.° mese).	Enucleazione della cisti.	Prof. CHIARA.	Guarigione.
18	28 Giugno	258	Cellai Emma 26 anni.	Ovaro-salpingito sinistra. Ovarite ed ematosalpinge a destra.	Ovaro-salpingectomia bilaterale.	Dott. KIRCH.	Guarigione.
19	29 Giugno	256	Rovai Isolina 36 anni.	Fibromi interstiziali.	Amputazione sopravaginale dell'utero. (Laccio elastico. Peduncolo fissato alla parete addominale).	Dott. FRANCESCHI.	Morte.
20	1 Luglio	260	Vadi Sebastiana 18 anni.	Grosso cistoma colloideo intraligamentoso.	Svuotamento ed asportazione della cisti.	Prof. CHIARA.	Guarigione.
21	2 Luglio	246	D'Arino Teresa 35 anni.	Degenerazione sclerocistica delle ovaie.	Ovariectomia bilaterale.	Dott. KIRCH.	Guarigione.
22	2 Luglio	266	Pugi Regilda 37 anni.	Ovaro-salpingite doppia.	Ovaro-salpingectomia bilaterale.	Prof. CHIARA.	Guarigione.

Numero progr.	Data	N. del Registro	Nome	Diagnosi	Operazione	Operatore	Esito
23	8 Luglio	228	Capezzuoli Marianna 27 anni.	Ovaro-salpingite bilaterale, Tubercolosi peritoneale.	Laparotomia esplorativa.	Dott. Kirch.	Guarigione dell'atto operatorio.
24	4 Luglio	269	Matteini Palmira 60 anni.	Enorme cistoma intraligamentoso.	Svuotamento della cisti (litri 15) e asportazione di gran parte del sacco. Parte è legato a mo' di peduncolo e fissato alla parete addominale.	Prof. Chiara.	Guarigione.
25	11 Luglio	283	Ceccarelli Emilia 48 anni.	Fibromi peduncolati e sottosierosi. Degenerazione sclero-cistica dell'ovaio destro.	Esportazione di fibromi, e dell' ovaio destro.	Prof. Chiara.	Morte.
26	18 Luglio	286	Falciai Maria 44 anni.	Cisti multiple colloidee di ambedue le ovaie.	Svuotamento e asportazione della cisti.	Prof. Chiara.	Guarigione.
27	20 Luglio	288	Tozzi Carolina 27 anni.	Fibromi interstiziali dell' utero.	Enucleazione dei fibromi, e amputazione dell'utero. (Laccio elastico, affondamento del peduncolo).	Dott. Kirch.	Guarigione.
28	24 Luglio	301	Barzaghi Teresa 23 anni.	Ovaro-salpingite bilaterale. Cisti del parovario di destra.	Enucleazione ed asportazione della cisti. (L' amputazione degli annessi non fu possibile a causa delle aderenze).	Dott. Kirch.	Guarigione.
29	3 Agosto	318	Carboncini Lavinia 53 anni.	Enorme fibroma degenerato.	Asportazione di gran parte del neoplasma e svuotamento delle cavità formatesi. Parte della parete del tumore viene suturata alla parete addominale (marsupializzazione).	Dott. Kirch.	Morte.
30	3 Agosto	310	Borghi Elvira 23 anni.	Ovaro-salpingite bilaterale.	Ovaro-salpingectomia bilaterale.	Dott. Kirch.	Guarigione.
31	7 Agosto	324	Borgioli Marianna 32 anni.	Degenerazione sclerocistica delle ovaie.	Castrazione bilaterale.	Dott. Kirch.	Guarigione.

34	15 Agosto	309	Taddeucci Annina 21 anni.	Ovarite bilaterale.	Castrazione bilaterale.	Dott. KIRCH.	Guarigione.
35	15 Agosto	275	Stecchini Annunziata 46 anni.	Fibroma interstiziale.	Enucleazione del fibroma, e amputazione sopravaginale dell' utero. (Laccio elastico. Affondamento del peduncolo).	Dott. FRANCESCHI.	Guarigione.
36	19 Agosto	314 332	Lucchi Isabella 48 anni.	Fibromi multipli interstiziali.	Enucleazione d'un solo fibroma (gli altri non possono enuclearsi per numerose aderenze).	Dott. KIRCH.	Guarigione dell'atto operatorio.
37	24 Agosto	334	Bellini Domenica 25 anni.	Cisti del parovario e degenerazione microcistica dell'ovaio di sinistra.	Asportazione degli annessi di sinistra.	Dott. KIRCH.	Guarigione.
38	24 Agosto	332	Pasoprini Laura 17 anni.	Cisti dell'ovaio destro.	Ovaro-salpingectomia destra.	Dott. FRANCESCHI.	Guarigione.
39	3 Settembre	353	Lusconi Marianna 34 anni.	Ovarite e degenerazione microcistica dell'ovaio destro. Piccola cisti della tromba sinistra.	Ovaro-salpingectomia bilaterale.	Dott. KIRCH.	Guarigione.
40	7 Settembre	365	Manetti Ester 29 anni.	Cistoma multiloculare dell'ovaio destro. Degenerazione microcistica dell'ovaio sinistro.	Ovaro-salpingectomia bilaterale.	Dott. KIRCH.	Guarigione.
41	7 Settembre	362	Caparrini Vittoria 33 anni.	Degenerazione sclero-cistica delle ovaie.	Ovariectomia bilaterale.	Dott. KIRCH.	Guarigione.
42	9 Settembre	364	Agnoloni Giulia 30 anni.	Degenerazione sclero-cistica dell'ovaio destro.	Ovariectomia destra.	Dott. KIRCH.	Guarigione.
43	9 Settembre	367	Respiri Assunta 28 anni.	Degenerazione cistica dell'ovaio destro.	Ovariectomia destra.	Dott. KIRCH.	Guarigione.
44	19 Settembre	363	Serafini Teresa 23 anni.	Ovarite destra suppurata. Degenerazione micro-cistica dell'ovaio sinistro.	Ovaro-salpingectomia bilaterale.	Dott. KIRCH.	Guarigione.

Numero progr.	Data	N. del Registro	Nome	Diagnosi	Operazione	Operatore	Esito
45	2 Settembre	355	Cianchi Graziana 22 anni.	Ovarite destra e ascesso dell'ovaio sinistro.	Ovaro-salpingectomia bilaterale.	Dott. Kirch.	Guarigione.
46	26 Settembre	385	Baldi Gioconda 19 anni.	Pio-salpingite bilaterale. Ascesso dell'ovaio destro. Degenerazione dell'ovaio sinistro.	Ovaro-salpingectomia bilaterale.	Dott. Kirch.	Guarigione.
47	28 Settembre	390	Lorenzini Domenica	Degenerazione cistica delle due ovaie. Cisti del legamento di destra.	Svuotamento ed estirpazione di una cisti del legam. largo di destra. (Le ovaie non possono venire estirpate a causa di fortissime aderenze).	Dott. Kirch.	Guarigione.
48	2 Ottobre	371	Olivo Caterina 30 anni.	Degenerazione microcistica delle due ovaie.	Ooforo-salpingectomia bilaterale.	Dott. Kirch.	Guarigione.
49	2 Ottobre	387	Galloni Silvia 22 anni.	Ovaro-salpingite bilaterale. Annessi conglobati da briglie di antica data. Ematoma dell'ovaio sinistro.	Asportazione degli annessi di sinistra. Staccando una aderenza coll'intestino, si produce una perforazione che viene ridotta con sutura alla Lambert. (Impossibile asportare gli annessi di destra).	Dott. Kirch.	Guarigione.
50	2 Ottobre	370	Mascagni Clementina 30 anni.	Ovarite bilaterale cronica.	Ovaro-salpingectomia bilaterale.	Dott. Kirch.	Guarigione.

Di queste operate meritano una nota speciale le seguenti:

N. 115. — Marm. Irene. Cistosarcoma dell'ovaio sinistro. Estirpazione del tumore. Drenaggio addominale. Guarigione. L'anamnesi di comparsa del tumore da due anni con scomparsa completa della mestruazione. Dopo l'atto operativo la mestruazione si ristabilisce normale e dura tale tuttora. Non vi è per ora accenno di riproduzione del tumore. Un' altra particolarità che fu notata in un altro caso di sarcoma operato nel 1884 si fu la esistenza di liquido ascitico siero-sanguinolento, benchè nè sul tumore vi fossero manifesti punti di ulcerazione, nè il peritoneo presentasse alcun che di anormale. Tale fatto che non fu mai riscontrato in altri tumori (fibromi, cisti dermoidi o colloidee) per quanto a volte più voluminosi del sarcoma in questione, quale rapporto ha con la natura del tumore? e non potrebbe l'esistenza di un liquido ascitico siero-sanguinolento aiutare la diagnosi dei tumori addominali?

N. 114. — Pignatti Zaira. Fibromi multipli sottosierosi e interstiziali. Piosalpingite bilaterale. Tentativo di isterectomia sopravaginale. Morte. Aperta la cavità addominale nei maneggi fatti per sollevare l'utero si rompe la tromba destra, ne esce una certa quantità di pus, la tromba viene legata in due punti, l'utero non si può enucleare dagli essudati; lavatura del cavo peritoneale con soluzione di sublimato corrosivo 1 per 5000. Morte per peritonite purulenta 3 giorni dopo l'operazione.

N. 130. — Bruschi Tonina. Cisti del ligamento largo di sinistra. Ablazione degli annessi di sinistra. Guarigione. Il peduncolo fu legato col laccio elastico; però questi portò una leggera suppurazione che fu mantenuta fino addì 7 agosto, giorno in cui uscì il laccio dall' angolo inferiore della ferita, cioè 112 giorni dopo l'atto operativo.

N. 151. — Jovi Adelaide. Enorme cistoma colloideo sinistro con sviluppo intraligamentoso. Escisione del cistoma e peduncolizzazione a spese della parete della cisti. Peduncolo trattato esternamente con laccio elastico. La parete della cisti continua a funzionare per alcun tempo dopo la caduta del moncone, dando un liquido colloideo e mantenendo così un tramite fistoloso che cauterizzato convenientemente si oblitera dopo circa 3 mesi. Guarigione.

N. 177. — Chini Adele. Fibroma interstiziale. Isterectomia sopravaginale. Morte. Il tumore con l'utero pesava grammi 1300. Durante la legatura del moncone con il laccio elastico si fa una lacerazione lungo il peritoneo del ligamento largo di destra, questa viene suturata e si ottiene l'emostasia. Vomiti da cloroformio dopo l'operazione. La morte

avviene 48 ore dopo l'atto operativo. Alla necroscopia si trova una piccola quantità di sangue nel connettivo sottoperitoneale (circa 300 grammi), a destra il laccio è stato respinto in alto ed ha dato una léggera emorragia nel cavo peritoneale. Però nè la quantità di sangue nè lo stato degli organi in generale possono spiegare la morte per emorragia; si esclude la setticemia e il perito necroscopo fa diagnosi di morte per shock.

N. 233. — Allegri Asia. Cisti intraligamentosa destra e piccola cisti a sinistra compresa e aderente all' omento, complicate da gravidanza endouterina al secondo mese. Asportazione delle due cisti e di una parte di omento. Guarigione. La gravidanza a tutt'oggi procede normalmente.

N. 228. — Capezzuoli Marianna. Avanti di procedere all' atto operativo era stata fatta diagnosi di ovaro salpingite bilaterale probabilmente purulenta. Aperta la cavità addominale si riscontra una tubercolosi diffusa peritoneale e probabile tubercolosi dell'ovaia. Però le ovaia erano talmente aderenti che fu impossibile enuclearle per rimuoverle. Si richiude la cavità peritoneale. Dopo un mese dall'operazione riveduta la donna si trova molto migliorata nelle sue condizioni generali, tanto da far credere ad una possibile guarigione della tubercolosi peritoneale.

N. 249. — Masseini Palmira. Cistoma colloideo a sviluppo intraligamentoso. Laparotomia. Svuotamento della cisti, 15 litri circa di liquido. La parete del cistoma non si può liberare completamente da aderenze con il peritoneo pelvico. Non v' ha peduncolo, questo si fa a spese della parete cistica, e si fissa esternamente. Guarigione.

N. 283. — Fibromi peduncolati e sottosierosi. Isterectomia sopravaginale. Morta in 3.ª giornata per asistolia; il perito necroscopo non trova nessun segno di morte per setticemia, ma trova una insufficienza della mitrale.

N. 286. — Falciai Maria. Cisti multiple colloidee di ambedue le ovaia. Furono fatte 6 punture esploratrici senza dare esito a nessun liquido. Si fa la laparotomia e nei maneggi per constatare se vi erano aderenze la loggia massima si rompe. Ne esce una sostanza gelatinosa densissima e riempie la cavità peritoneale; viene questa svuotata, la massa della gelatina potuta raccogliere pesa Kilogr. 12,300 molta va spersa. Lavatura del cavo peritoneale con soluzione di sublimato 1 su 3000. Guarigione.

N. 218. — Carboncini Lavinia. Enorme fibroma degenerato. Aperta la cavità peritoneale si presenta il tumore con delle aderenze intestinali sul fondo e sulla parete posteriore, essendo manifesta la fluttuazione si punge con un grosso trequarti, ne esce del pus in quantità. La pa-

rete è spessa circa 2 cent.; posteriormente v'ha una quantità di altre piccole intumescenze fibrose; è impossibile enucleare il tumore dalle aderenze, per cui si esporta quanto più si può del tumore e si sutura il resto alla parete addominale, zaffando la cavità. La morte avviene un'ora dopo l'atto operativo per collasso.

N. 326. — Tiberi Serafina. Tumore fantasma. Laparotomia esploratrice. Guarigione dell'atto operativo. Si tratta di una donna isterica che da circa due anni accusa un dolore alla regione splenica ed iliaca sinistra. Esaminata ripetutamente e da varii colleghi, tutti concordano nell'esistenza di un tumore nella detta regione, fatto che sembra confermato dalla palpazione e dalla percussione le più accurate e minuziose. Non è manifesta la fluttuazione. Il tumore si delimita specialmente bene colla percussione, l'ottusità essendo oltremodo distinta in dette regioni fino a circa due dita trasverse dalla linea mediana fino alla cresta iliaca in basso. Colla palpazione si delimita bene la milza ed il supposto tumore pare staccarsi da questa, ma non essere proprio dell'organo splenico in quanto che le dita si possono affondare fra la milza ed il tumore. Il tumore appare della grossezza della testa fetale a termine. Preparato tutto per la laparotomia e cloroformizzata la donna (mentre ancora 5 minuti avanti si percepiva il tumore) non si apprezza più intumescenza. Dubitando che il tumore potesse essere stato cistico e che in conati di vomito durante la cloroformizzazione potesse essersi rotta la parete, si procede alla laparotomia. Questa esclude qualunque malattia degli organi addominali. La donna abbandonando l'ospedale sta benone e non accusa più i dolori per cui si era ricoverata.

N. 387. — Gallai Silvia. Ovaro salpingite sinistra. Aderenza molto tenace della tromba col tenue, questa si escide a spese del tessuto della tromba per la profondità di 1[3 di centimetro circa, la superficie di taglio cade sopra sostanza caseosa, malgrado che ci fossimo tenuti a tale distanza dall'intestino, questo si mostra pervio nel taglio caduto sulla sostanza caseosa. Si escide allora dall'intestino quel tanto di tromba che vi si aveva lasciato e si fa la sutura intestinale alla Lambert. L'ovaio e la tromba vengono asportati. L'ovaio presenta una dilatazione cistica contenente circa 30 grammi di sangue e stracci fibrinosi, la tromba è ispessita con parete grossa circa 1[2 centimetro, al punto dell'aderenza con l'intestino fra la cavità della tromba e la superficie di taglio per liberare l'intestino vi è appena lo spessore di un foglio di carta. Guarigione.

N. 365. — Manetti Ester. Cistoma colloideo destro. Degenerazione microcistica dell'ovario sinistro. Aperta la cavità addominale si estrinseca la cisti spontaneamente durante un conato di vomito, conseguenza

di questa è una lunga lacerazione lungo il legamento largo di destra, per poter farne la sutura onde frenare la emorragia si fa una incisione trasversale della parete addominale lunga 10 centimetri. Guarigione per *primam.*

Riassumendo troviamo che sopra 50 laparotomie ve ne sono 5 seguite da morte e cioè per shock 2, per setticemia 2, per vizio cardiaco 1.

Riuscirono :

Operazioni complete	40
» incomplete	7
Laparotomie esplorative	3

Si eseguirono :

Isterectomie sopravaginali	6
Miomectomie	2
Ovarosalpingectomie bilaterali	22
» unilaterali	8
Ovariotomie	3

Morirono delle isterectomie sopravaginali 2, delle miomectomie 2, la 5.ª morte si riferisce al caso N. 29 e la prognosi fu fatta molto riservata fin prima dell' atto operativo; una delle isterotomizzate morì perchè oltre al fibroma vi era piosalpingite destra ed il pus si versò nel cavo peritoneale durante le manovre di estrinsecazione del tumore e dell' utero.

Le guarigioni dell'atto chirurgico avvennero tutte per prima intenzione, salvo nei casi di peduncolo fissato all'esterno (due), casi in cui si mise il drenaggio (uno), e nei casi in cui il laccio del peduncolo (due, uno elastico, uno in seta), venne dopo un tempo più o meno lungo espulso dalla ferita addominale; però anche in tutti questi casi il resto della ferita aveva aderito per *primam* e non fu mai necessario fare una seconda sutura.

Il metodo seguito quanto alla profilassi chirurgica fu sempre misto cioè asettico per quanto riguardava gli oggetti di medicatura e strumenti e garze (spugne), valendoci a questo scopo della sterilizzazione ad aria

umida, compressa (4 atmosfere), di quanto veniva in contatto con l'operanda prima e durante l'atto operativo, della sterilizzazione mercè ebulizzione degli istrumenti e della sterilizzazione a secco (a 110° centigr. per 3 ore) dell'apparecchio di medicatura; antisettico per quanto si usava lavare l'operanda o l'operatore o la cavità addominale e il liquido usato fu sempre una soluzione di sublimato corrosivo dall' 1 per 1000 all' 1 su 5000. La medicatura fu sempre fatta senza uso di sostanze antisettiche (iodoformio, bicloruro di mercurio, acido carbolico, ecc.), e fu rimossa all' ottavo giorno quando si levarono i punti, ed alla medicatura per fasciatura si sostituiva quella di liste di garza con collodione dopo avere cosparsa la ferita con ossiioduro di bismuto. Questo medicamento fu trovato di gran lunga superiore all' iodoformio perchè inodoro, non igroscopico, essiccante e non avente l' inconveniente di formare una patina con liquidi di trasudazione come fa l' iodoformio.

Le malate furono tutte fornite di bendaggio addominale elastico e abbandonarono in media l' ospedale al 12.° giorno dopo l' operazione. Furono tutte (meno quelle abitanti fuori di Firenze) riviste di quando in quando e per il presente le guarigioni ottenute sono permanenti.

RASSEGNA

HERGOTT. — **Considérations sur la pathogénie de l'éclampsie puerpérale.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, janvier et suiv., 1893.

L'A. non si occupa dei fenomeni clinici della eclampsia puerperale, ma bensì della patogenesi. Con alcune cifre mostra la mortalità che si osserva in questa terribile malattia, e non solo esiziale per la madre, ma bene spesso anche per il prodotto del concepimento.

Dopo aver ricordato per sommi capi le cause della eclampsia ridotte a 4 divisioni da Depaul, mette in evidenza quella che ha per base il *risultato di una alterazione sanguigna.* Ma di quale alterazione si tratta?

Ricorda l'ipotesi di Debove che vuole l'eclampsia dipendere dall'influenza di un principio introdotto nel circolo, in seguito ad un vizio funzionale del rene che non elimina. Sarebbevi in gioco anche la presenza di un indeterminato microbo, avvalorando quest'ipotesi l'ipertermia consueta.

Già Doléris aveva trovati microorganismi speciali nelle orine eclampsiche, che coltivati ed iniettati a conigli avevano riprodotto il quadro della malattia, e già egli aveva dati delle conclusioni che l'A. riporta sommariamente, fra cui notasi *che l'orina ed il sangue di certe eclampsiche albuminuriche contengono dei microbi*, e che nel sangue di 5 eclampsiche Doléris trovò una sostanza cristalizzata insolubile nell'acqua, ma solubile nell'etere o nell'acqua acidulata, sostanza dotata di grandi proprietà tossiche. In una parola dagli studii di Doléris emerge che la questione microbica passa in seconda linea, di fronte alla presenza di sostanze tossiche nel sangue delle eclampsiche.

E siccome Bouchard aveva trovato che l'orina delle eclampsiche era privata in gran parte delle proprietà tossiche che si sogliono vedere nell'orina normale, così Tarnier e Chambrelent iniziarono ricerche allo scopo di vedere se per avventura quegli elementi che non si trovavano nell'orina fossero reperibili negli altri liquidi dell'organismo, e difatti dalle esperienze emerse che la tossicità del siero sanguigno di donne albuminuriche era superiore alla norma, e la tossicità era proporzionale alla gravità dei fenomeni eclampsici.

Tutto dunque porta a credere ad un avvelenamento, anche appoggiati alle ricerche di Sehmore che trovò emboli epatici degenerati, nel cervello e nei reni, ma l'eclampsia è un auto, oppure un etero infezione?

Neumann opina essere l'eclampsia legata ad un agente infettivo. Blau avrebbe trovato il microrganismo specifico nelle orine delle eclampsiche capace di produrre il quadro morboso nei conigli, ed anche elementi specifici avrebbe trovato nel sangue delle eclampsiche.

L'A. sedotto dalle esperienze del collega si diede egli pure a siffatte ricerche presso la Maternità di Nancy. Le colture del sangue rimasero tutte sterili, così pure le seminagioni di pezzetti di fegato, milza, reni, di una morta eclampsica. Riguardo all'orina raccolta con tutte le debite cautele, in 7 casi non conteneva elementi, ma in 2 altre le colture rivelarono la presenza di un microbo speciale di cui dà schiarimenti morfologici. Tale microbo è patogeno pel coniglio, e più spiccatamente se l'animale è gestante, ripetendo da esso i disturbi paretici respiratori, i disordini intestinali.

A convalidare la teoria della natura infeziosa della eclampsia, cita gli studi ed esperienze di Scarlini di Roma, di Favre e di Gerdes, assai interessanti, ed altri ancora di Combemale e Bué.

L'A. opina che le convulsioni generalmente chiamate eclampsiche provengano da due cause differenti, o da *auto-intossicazione* dipendente da alterazione del filtro renale e gli accessi allora sono come quelli che si osservano nella uremia vera, oppure sieno prodotti *da un microbo patogeno speciale*, il quale trova nell'organismo gestante un terreno di coltura favorevole al suo sviluppo. Ma è il microrganismo per sè che causa direttamente la malattia, oppure sono le toxine che egli prepara? L'A. è proclive a dare maggiore peso alla seconda delle ipotesi.

Fino ad ora l'arte non può prevenire questa intossicazione, l'ostetricante tuttavia può attenuare gli effetti cogli evacuanti intestinali e coi diuretici, a capo dei quali annovera il latte.

Decio.

Tillaux. — **Diagnostic des Kystes de l'ovaire et des Kystes du paraovaire.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, février 1893.

È una lezione fatta a proposito di un caso che l'A. operò nell'anfiteatro alla presenza di tutti gli studenti, in cui si diffonde specialmente sulla *uni* o *multilocularità* della cisti, e sulla questione se essa appartenga all'ovaio od al paraovario. Con chiare parole è discussa la forma della cisti così detta infraligamentaria, che richiede un vero snucleamento dai due foglietti del legamento largo.

Il caso illustrato presentava i sintomi di una cisti infraligamentaria, ma alla laparotomia si trovò una cisti ovarica propriamente detta, l'A. per altro aveva avanzate giustificatissime riserve. L'operata guarì.

Decio.

P. G. Spinelli. — **Contributo alla chirurgia dei fibromiomi uterini e considerazioni sull'asepsi laparotomica.** — *Giornale Internazionale delle scienze mediche,* anno XV, Napoli, 1893.

L'A. studia, nel suo lavoro, le questioni del trattamento del peduncolo dopo l'isterectomia addominale e dell'ablazione totale dell'utero nei fibriomiomi, e vi inframmette, nella parte clinica della monografia, delle considerazioni sull'asepsi laparotomica.

L'A. si dichiara a tutta prima avversario del metodo extraperitoneale del peduncolo e ne dimostra gli inconvenienti. Fra l'altro l'A. richiama l'attenzione, sembra per il primo, sopra una conseguenza del trattamento extra peritoneale del moncone, cioè sul cistocele vaginale. Ecco in che modo l'A. si spiega la produzione del cistocele vaginale: « Dopo la fissazione del peduncolo nell'angolo inferiore della ferita addominale e la chiusura della restante breccia delle pareti dell'addome, le anse intestinali cadono per proprio peso verso il basso, riempiendo la escavazione del bacino addominale; in tal modo vengono a circondare in alto ed ai lati tutto il peduncolo; i maltrattamenti subìti dal peritoneo peri-peduncolare, lo sfaldamento cioè dell'endotelio della sierosa, espongono questa ad acquistare aderenze, le quali, in breve, si stabiliscono in tutta la porzione del pacchetto intestinale circumambiente al peduncolo; in modo che il peduncolo stesso viene ad essere sequestrato, come lo potrebbe essere uno zaffo alla Mikulicz 24 o 36 ore dopo la sua permanenza in cavità. Avvenuto questo avviluppamento peritoneo-intestinale del peduncolo e, ridotto a minimi termini lo spazio entro cui la vescica si può espandere verso l'addome, per l'innesto a qualche centimetro dal pube, sulla parete stessa dell'addome, del peduncolo uterino, è chiaro che la vescica, ripiena di liquido, deve trovare altra via per distendersi; allora lentamente si va formando il cistocele vaginale, rappresentando appunto la vagina la regione meno resistente, attraverso la quale la vescica può espandersi per i bisogni della sua funzione di serbatoio urinario. » Come conclusione a questa prima parte del lavoro, l'A. formula il seguente giudizio: « Il trattamento extraperitoneale del moncone nella isterectomia sopravaginale è un processo assai primitivo, che non ha più ragione di essere ai tempi nostri, nei quali il governo endo-addominale del peduncolo ha raggiunto la più grande perfezione; esso si può considerare un espediente ope-

ratorio, e solamente come tale, avrebbe diritto di rimanere nella pratica chirurgica. »

Escluso adunque il metodo extraperitoneale come trattamento del peduncolo, quando si voglia conservarlo dopo l'isterectomia, rimane il metodo endo-addominale, che comprende un certo numero di processi. A quale di detti processi deve darsi la preferenza? Quale fra essi riunisce i requisiti di maggiore sicurezza di emostasi, e di minori pericoli d'infezione? L'A., risponde a queste domande. Ma, prima di entrare nella disamina dei differenti processi di governo endo-addominale del peduncolo, l'A. presenta un contributo clinico di tre casi operatorii in cui, nella confezione del peduncolo, si è fatto uso del processo di Zweifel, con risultato favorevole. E qui l'A. inframmette l'esposizione del metodo asettico, adoperato dall'A. medesimo nella chirurgia addominale. « Al metodo dell'antisepsi, » scrive l'A., « si è cercato di sostituire o meglio di aggiungere la nozione dell'asepsi, cioè che in luogo di fare la lotta contro i germi a livello della ferita, si è tentato di eliminarli preventivamente in tutto ciò che deve arrivare in suo contatto. Per modo che l'asepsi non è in realtà che l'antisepsi profilattica, ma l'antisepsi sicura nei suoi mezzi e certa nei suoi effetti. » L'A. chiude questo capitolo sintetizzando in una formula tutto il metodo di profilassi laparotomica « evitare, cioè, il più che è possibile i germi patogeni ed attuare, il più che è possibile, le condizioni naturali. » In altri termini, ripetendo quello che per la medicina profetizzava il genio del Tommasi, afferma che « l'igiene asettica è l'avvenire della profilassi chirurgica. »

L'A. raggruppa tutti i processi e sottoprocessi di governo endo-addominali in tre categorie distinte. Nella prima, entrano i metodi di trattamento, che, con alcune varianti, si uniformano al concetto ed alla pratica di Schröder (*sutura verticale del peduncolo*); nella seconda categoria, i processi di emostasia in massa col laccio elastico o con cordoncino di seta (*legatura trasversale*); della terza, infine, fanno parte i processi di segmentazione e di legatura a catena o di legatura parziale continua del peduncolo per mezzo della seta o del filo animale (*legature multiple trasversali*). In questa rassegna dettagliata dei differenti processi, l'A. non ha trascurato l'evoluzione storica operatoria di tutto il metodo endo-addominale del peduncolo.

Le conclusioni, cui giunge l'A., nell'apprezzamento dei tre grandi metodi di governo endo-addominale del moncone, sono le seguenti. Per quanto riguarda il metodo di legatura in massa col laccio elastico o col cordoncino di seta affondati: « Allo stato delle nostre conoscenze cliniche e sperimentali sugli esiti di un corpo estraneo lasciato nella cavità addominale, non è prudente continuare in un processo nel quale si abbandona un peduncolo tutto preparato alla necrosi, ed un laccio con tendenza fatale alla eliminazione, con tutte le conseguenze [ad essa

inerenti. » Per il processo di Schröder e suoi sottoprocessi: « l'emostasia primaria e secondaria non è bene assicurata, si lasciano troppe anse di filo di seta; il metodo è intra-peritoneale e quindi l'infezione del peritoneo dal peduncolo è facile a verificarsi. » Pel metodo di legature multiple trasversali, processo Zweifel, infine, si hanno queste favorevoli condizioni: « buona emostasia del peduncolo, primaria e secondaria, pericolo di gangrena e d'infezione del peduncolo minimi; pericolo d'infezione del peritoneo dal peduncolo soppresso, essendo il processo nello stesso tempo endo-addominale ed extra-peritoneale o sotto-peritoneale. »

L'A. ha eseguita una modificazione nel processo Zweifel, destinata a chiudere completamente il canale cervicale ed impedire in tal modo che la porzione strozzata del peduncolo non avesse alcuna comunicazione col canale cervicale. Inoltre, seguendo questa variante, il canale cervicale non viene attraversato, come nel processo Zweifel, da due anse di filo che potrebbero essere veicolo d'infezione.

Nell'apprezzamento statistico dei diversi metodi, l'A. tien conto di statistiche integrali, che racchiudono un gran numero di casi. Nelle statistiche internazionali si hanno i seguenti risultati: metodo Schröder, casi 775, morti 199, mortalità 25.6 0[0; metodo col laccio elastico o col cordoncino di seta affondati, casi 127, morti 31, mortalità 24 0[0; metodo di legature multiple trasversali, casi 86, morti 5, mortalità 5.2 0[0. Sommando tutte queste cifre si ha un totale di casi 988 con 235 morti, una percentuale cioè di 23.8, che rappresenta la mortalità di tutto il metodo endo-addominale. Oltre questa statistica internazionale, l'A. presenta una importante statistica italiana, da lui compilata e raccolta fra i nostri operatori. Metodo Schröder, casi 189, morti 44, mortalità 23.2 0[0. Metodo della legatura in massa col laccio elastico o col cordoncino di seta, casi 26, morti 4, mortalità 15.3 0[0. Metodo Zweifel, casi 4, morti 1. La mortalità complessiva di tutto il metodo endo-addominale nella statistica italiana è, sopra un totale di 219 operazioni con 49 morti, del 22.4 0[0.

Giunto a questo punto, l'A. formula la seguente conclusione a proposito del governo endo-addominale del peduncolo: « il processo di scelta deve essere quello di Zweifel con la variante Spinelli e con la modificazione Morisani: questo processo, così perfezionato, espone assai meno degli altri al pericolo della necrosi del peduncolo e a quello della infezione; risponde meglio di tutti gli altri alla buona e perfetta emostasi primaria e secondaria. »

L'ultima parte del lavoro si occupa dell'ablazione totale dell'utero nei fibromiomi. L'Autore, nel fare la storia della operazione, rivendica la priorità operativa al Péan, il quale, nel 1868, eseguì una isterectomia totale per fibromioma; l'inferma, l'anno seguente, fu presentata dall'operatore all'Accademia di Medicina di Parigi. L'Autore discute la opportunità e le indicazioni operative dell'ablazione totale dell'utero nei fibromiomi, che crede, sia destinato a sostituirsi,

come processo di scelta, agli altri finora adoperati, però, aggiunge, che questo trionfo è riserbato ai perfezionamenti che, alla operazione, saprà apportare la pratica dei chirurghi. Ed a questo scopo, infatti, vediamo tendere gli sforzi degli operatori. L'A. passa in rassegna i principali processi proposti o messi in pratica nell'ablazione totale dell'utero miomatoso, che, infine, riassume e raggruppa nel modo seguente: 1. Metodo di estirpazione dell'utero e tumore in un tempo solo e per la sola via addominale (processo di Koeberlé, Martin, Morisani, D'Antona, Inverardi). — 2. Metodo di estirpazione dell'utero e tumore in un sol tempo, ma l'emostasia dei fornici è fatta per la via addominale e per quella vaginale (processo Bossi). — 3. Metodo di estirpazione dell'utero e tumore per via addominale, in tre tempi: uno addominale per la ligatura e taglio dei ligamenti larghi; l'altro vaginale per la liberazione del collo dalle connessioni vaginali; l'ultimo dall'addome per l'asportazione di tutto il tumore (processi Smyly e Martin [proc. primitivo]). — 4. Metodo di esportazione in due tempi: utero e tumore per via addominale, collo per via vaginale (proc. Péan, Smyly). — 5. Metodo di estirpazione in due tempi: liberazione del collo per via vaginale; asportazione dell'utero e tumore per via addominale (processo di Bardenheuer, Tricomi, Spinelli).

L'A. dà la preferenza, fra i processi addominali, a quello del Morisani che consiste nella peduncolizzazione della vagina « stirando il tumore in alto, e nel passaggio di un laccio elastico intorno alla medesima; l'asportazione del tumore si farebbe con emostasia completa. » L'A. pertanto, pur riconoscendo che questo processo rappresenta un notevole progresso nella tecnica della isterectomia totale, non ne dissimula i pericoli cui espone. Per cui propone che esso sia modificato nel modo seguente: « Dopo asportata la massa del tumore, previa emostasia profilattica col laccio elastico, sul moncone residuale bisogna formare due lembi peritoneali, scollando innanzi ed indietro il peritoneo peripeduncolare; questo scollamento deve farsi molto profondamente fino a raggiungere innanzi il cul di sacco vescico-uterino, ed indietro il cul di sacco di Douglas; messo in tal modo al sicuro la vescica, e nello stesso tempo scoverti i fornici vaginali, è il momento il passare, sulla vagina peduncolizzata, il laccio elastico, e, forse, meglio ancora, a simiglianza del processo di Koeberlé, conviene attraversare da avanti indietro la vagina (parete anteriore e posteriore), al disotto del muso di tinca, per mezzo di un ago Reverdin, munito di un cordoncino a doppio; i capi di questo cordoncino vengono legati da un lato e dall'altro e stringono in tal modo le due metà corrispondenti dei fornici vaginali. Poscia, asportato il moncone, si passa agli altri tempi complementari dell'operazione, all'allacciatura delle arterie uterine e dei suoi rami, alla sutura dei due lembi peritoneali, ecc., ecc. »

Dei metodi misti poi l'A. si dichiara fautore di un processo vagino-addominale che egli descrive in questo modo: 1.° Disinserzione vaginale del collo; scollamento

della vagina circolarmente e della vescica quanto più in alto è possibile. Forcipressura delle arterie uterine con pinze-clamp Péan e taglio rasente l'utero, tra quest'ultimo e la pinze-clamp. Zaffamento della breccia vescico-uterina quanto più in alto è possibile, e zaffamento del resto della doccia pericervicale e di tutta la vagina. — 2.° Laparotomia. Ligatura a catena dei ligamenti larghi fino a raggiungere il becco delle due pinze-clamp. Apertura dei cul di sacchi peritoneali anteriore e posteriore, formando due lembi sierosi sufficientemente lunghi. Asportazione dell'utero col tumore. Sutura della sierosa e dei margini cruenti della vagina; ai due lati dei fornici restano due aperture per le quali passano le pinze-clamp, che si lasceranno per 36 o 48 ore. Le dette pinze-clamp assicurano l'emostasia dell'arteria uterina e fanno da drenaggio per le secrezioni che possono formarsi nell'addome. »

L'A. ha raccolta una statistica di isterectomie totali nei fibromiomi ricca di 131 casi con 29 morti, cioè una mortalità del 22.1 0[0, la quale è inferiore alla mortalità del metodo endo-addominale del peduncolo che sale al 23.8 0[0 nella statistica internazionale, e al 22.4 0[0 in quella italiana. Per cui l'A. conclude che « un processo nuovo, che si presenta sotto auspicî tanto lusinghieri di risultamenti felici, non vi ha dubbio, è destinato a trionfare nell'avvenire della chirurgia uterina. »

Lauro. — **Del trattamento del peduncolo uterino in seguito di laparo-isterectomia per miofibromi.** — *Riforma Medica,* N. 208 a 213, settembre 1893.

In una memoria di 113 pagine l'A. studia estesamente la quistione del trattamento del peduncolo uterino in seguito alla isterectomia sopravaginale per miofibromi.

Formano il sostrato della monografia tre osservazioni cliniche, di cui una appartenente all'A. e le altre due al prof. Morisani. In tutte e tre, il peduncolo fu trattato col processo di Olshausen, ed in tutte si ebbe espulsione del laccio elastico e del moncone uterino attraverso la cavità cervicale.

Nella introduzione al lavoro l'A. si rende conto del dualismo curativo nel trattamento del moncone, lasciando da banda il metodo misto, ed accennando, per quanto basti, al metodo della estirpazione totale dell'utero, e riconosce come sia importante il contribuire alla risoluzione, al riguardo della preferenza da darsi all'un metodo od all'altro, o mettere ciascuno nei limiti della sua pretta e reale indicazione. Alla qual cosa l'A. giunge con ragionamenti fondati sui risultamenti clinici da lui valutati.

Nelle nozioni storiche l'A. si mostra erudito della letteratura riguardante l'argomento che egli tratta, e cominciando dai tentativi, fatti in Italia, nel mezzo del secolo scorso, per estirpare l'utero affetto da tumori nella donna vivente, segue gradatamente lo svolgimento dell'argomento ed i fatti compiuti, fino ai giorni nostri.

Non forma argomento della tesi che studia, la cura dei miofibromi uterini mediante la ovariotomia normale, che egli crede oramai abbandonata dai ginecologi, invece egli si occupa della isterectomia, e specialmente del modo di governare il peduncolo; e siccome a questo metodo son legati numerosi processi, per rendersi più facile la discussione, e per rendere più agevole al lettore il ricordo dei numerosi procedimenti, che egli denomina col solo nome dell'inventore, egli consacra alquante pagine ad una descrizione assai sommaria, ma chiara, dei principali processi appartenenti a ciascuno dei metodi, compreso il misto, e l'ablazione totale dell'organo.

In questa parte del lavoro l'A. si mostra sobrio, sa ben scegliere i processi più importanti, degni di menzione, ed a quelli cui merita accordare maggior valore, consacra una descrizione più esatta e più minuta.

La parte più importante è consacrata alla comparazione dei metodi e dei processi, cui consacra larghissima parte del lavoro stesso.

Esposte le ragioni per cui non si è più a parlarsi ai nostri giorni del metodo misto, l'A. entra difilato a ragionare del trattamento extraperitoneale, ed enumera così i vantaggi messi innanzi dai suoi sostenitori:

I. Domina l'emorragia e rende possibile il sorvegliare il peduncolo.

II. Evita i pericoli d'infezione, espellendo all'esterno i secreti del moncone ed il pus provveniente dal medesimo.

III. Libera eliminazione dell'escara costituita dalla parte necrotica del moncone istesso.

IV. Evita il proficuo terreno per la infezione formata dalle piccole emorragie provenienti e raccolte fra le labbra del moncone.

V. Eliminazione del pericolo proveniente dalle numerose legature necessarie pel trattamento intraperitoneale.

VI. Criterio statistico, da cui rilevasi una mortalità minore con questo governo del peduncolo.

Fatta la critica di questi vantaggi, egli viene alla conclusione di rifiutare sistematicamente il metodo extraperitoneale.

Le statistiche, così come fino ad oggi sonosi assunte a criterio comparativo fra i diversi metodi operativi e gli svariati processi in questi contemplati, menano costantemente ad un risultato assai lungi dal vero, poichè i termini che si fanno entrare nel paragone non sono assolutamente conosciuti e nettamente nelle identiche condizioni.

Perchè un esatto paragone possa stabilirsi, si richiedono, secondo l'A., queste condizioni:

I. Identico valore degli operatori dei diversi metodi rivali.

II. Identiche condizioni di operabilità delle donne sottoposte ai diversi metodi.

III. Identicità dell'ambiente operatorio (1).

IV. Cognizione *esatta* e completa di *tutti* i casi operati coll'un metodo o coll'altro, per non avere cifre non vere, e per le quali il risultato è inesatto.

V. Impossibilità d'un paragone, poichè nel massimo numero dei casi, si vedono figurare nel metodo meno favorito operatori religiosamente convinti della preferenza da darsi al metodo rivale, e quasi sempre avviene che nel metodo loro men favorito essi figurono con cifre rilevanti e con una mortalità maggiore: ed è a questo punto che l'A. si dimanda perchè essi fecero ricorso a metodi e processi di cui conoscevano la maggiore gravezza *quod vitam et valetudinem?* adoperarono essi il metodo meno favorito nei casi soltanto in cui erano meno propizie le condizioni dell'operanda e più gravi si prevedevano le conseguenze post-operatorie? non furono in questi casi le condizioni già gravi dell'operata, aggravate ancora maggiormente da un metodo operatorio per sè stesso poco conducente a guarigione?

Ma l'A. mette come non fatte le considerazioni precedenti e riporta le statistiche individualmente e complessivamente prese. Alle statistiche degli altri ginecologi aggiunge la sua, dalla quale rilevasi come pel metodo extraperitoneale la mortalità giungerebbe a 17.8 0[0, mentre è del 12.7 0[0 pel metodo rivale: e sul complesso delle statistiche riportate, ottiene una mortalità del 21.5 0[0 pel metodo extraperitoneale a 23.2 0[0 per l'intraperitoneale, la quale differenza, minima per sè stessa, non può far decidere l'operatore per l'uno o per l'altro metodo, senza terner presenti i grandi vantaggi che egli dimostra, insiti al metodo d'abbandono del peduncolo.

Altre considerazioni l'A. fa sul risultamento statistico ottenuto, colle quali intende dimostrare:

I. Che la mortalità maggiore col metodo intraperitoneale si ottenne costantemente colle statistiche tedesche.

II. Che non ostante questa maggiore mortalità, il numero dei casi, così governati, è sempre di gran lunga superiore, la qual cosa fa dimandare a sè medesimo: se il numero fosse equiparato, sarebbe qual è il risultato statistico?

---

(1) L'A. chiama ambiente operatorio, il complesso dei mezzi che vengono in contatto col campo operativo, riconoscendo che fra tutti, quello che ha minore importanza è l'aria atmosferica.

perchè gli operatori insisterono sopra un metodo che fu meno dell'altro felice nei suoi risultati?

III. Che la mortalità delle operate col metodo intraperitoneale va gradatamente diminuendo col progresso dei tempi, in grazia dell'antisepsi, dell'asepsi e della tecnica operatoria più perfetta.

IV. Che la statistica italiana appartenente a Bergesio e quella da lui raccolta dimostrano una mortalità minore pel metodo intraperitoneale.

Da qualunque lato dunque guardisi *oggi* la quistione il metodo extraperitoneale non ha più il sostegno saldo, di cui vantavasi nei tempi passati.

Viene quindi l'A. a parlare del metodo intraperitoneale, e con ragionamenti e risultati clinici lo scagiona dagli appunti mossigli, circa l'emorragia e la sepsi nelle sue molteplici sorgenti: venendo infine ad enumerare i vantaggi che esso presenta sul governo extraperitoneale del peduncolo, come la brevità del decorso post-operativo, il manco di spostamento dei visceri, gli stiramenti dolorosi, le ernie operatorie, le fistole addominali, ecc. ecc.

Dimostrato adunque come il metodo intraperitoneale sia di gran lunga superiore all'extraperitoneale, egli lo vuole adottato come metodo di massima, ma egli non nega che nei casi di operazione eseguita su utero infiammato, ovvero in condizioni consimili, il metodo extraperitoneale meriti d'esser conservato ed è il solo caso in cui può ancora esser messo in uso, a meno che non si vogliono sconoscere i vantaggi del metodo di affondamento del moncone, e le sue prette indicazioni.

Del metodo della estirpazione totale della matrice, l'A. non si occupa molto, poichè quantunque egli lo ritenga assai razionale ed un ideale operatorio, pure nello stato attuale della scienza e della pratica ginecologica, non merita la preferenza sul trattamento intraddominale del peduncolo; essendo che, pur convenendo che un simile metodo, toglierebbe netta la quistione del trattamento del peduncolo, e sopprimendo il peduncolo eliminerebbe un certo numero di pericoli, ciò non pertanto essendo innegabile che la tecnica operativa è ancora congiunta a gravi difficoltà, e mostrando la statistica una mortalità relativamente assai rilevante (25. 5 0[0]), egli vorrebbe riserbare un simile modo di operare non come metodo di elezione, ma di necessità, imposto dalle condizioni d'infiltrazione del segmento inferiore dell'utero e massime del collo stesso, nel qual caso, operare in guisa diversa sarebbe colpa imperdonabile.

Nella comparazione dei processi evidentemente egli non si occupa che di quelli appartenenti al metodo intraddominale, e fra tutti sceglie quelli di De Ott, di Olshausen, di Schröder, di Ruggi e di Zweifel.

In massima scarta quello di Olshausen come quello che lascia nel cavo del ventre una estesa superficie cruenta scoverta di peritoneo, che rende fatale la

necrosi della porzione strozzata del peduncolo con tutti i pericoli inerenti a così fatta fase di morte dei tessuti, che rende quasi costante una reazione locale, alla quale segue un lavorìo lungo e forse anche pericoloso per la eliminazione del laccio e della parte strozzata del moncone uterino, la qual cosa egli dimostra con numerosi fatti clinici.

Non accetta il processo di De Ott e quello di Zweifel perchè ambedue danno luogo a strozzamento di tessuto destinato nel massimo numero dei casi a cadere in necrosi, dichiara il processo di Ruggi alquanto complicato e non necessario nel massimo numero dei casi, e quest'ultimo e quello di Zweifel vorrebbe messi in opera sol quando si tratti di utero molto vascolarizzato od addirittura telengettasico, per assicurar meglio la emostasia locale, e dimostrati infine i vantaggi ed i pregi del processo Schröder, ne deduce logicamente essere questo il processo di massima da mettersi in opera, sempre e quando si esegua una isterectomia sopravaginale in condizioni strettamente normali.

Chiude il lavoro una distinzione nei processi di affondamento del peduncolo per la più esatta e più chiara nomenclatura ginecologica in tale quistione. Egli infatti distingue i processi in *intraddominali-sottoperitoneali*, ed in *intraddominali-intraperitoneali*; fra questi vanno i processi di De Ott e di Olshausen, fra i primi quelli di Ruggi, di Zweifel e di Schröder perfezionato.

Il lavoro del Lauro può utilmente consultarsi da tutti coloro che vogliono addentrarsi nello studio dell'ardua questione del trattamento del peduncolo nella miomectomia.

Prof. C. Giacomini. — **Sul coeloma esterno e sul magma reticularis nell'embrione umano.** — *Giorn. della R. Acc. di Medic.* di Torino, vol. XLI, anno LVI, fasc. 6-7.

Il chorion appena si è differenziato dagli altri annessi fetali limita, come è noto, una cavità dovuta alla divisione della lamina laterale del mesoderma detta, nella sua porzione extra-embrionaria, *coeloma esterno*. In questa cavità esiste un tessuto circondante le formazioni embrionarie, sulle particolarità del quale gli autori sono in disaccordo, il *magma reticularis*.

L'A. si propose di studiare il coeloma esterno e il contenuto di esso dal punto di vista della natura sua, dell'origine, dei rapporti e dell'ufficio che ha, domandandosi ancora se la disposizione del coeloma sia propria dell'uomo, oppure abbia il corrispondente negli animali, se sempre debba considerarsi come normale o no.

Nei primi periodi di sviluppo l'A. ha constatato l'esistenza o del coeloma esterno o del tessuto reticolare intermedio tra il chorion o l'amnios rappresentante del

magma quando l'amnios sta applicato alla faccia profonda del chorion. Per riguardo alla struttura del magma reticolare gli studî di G. confermano e completano le vedute di alcuni autori (Robin, Langhans, Retzius). Ha infatti l'aspetto di un tessuto gelatinoso ed è un vero tessuto mucoso costituito da fibrille, da cellule e da una sostanza fondamentale omogenea o granulare. Le fibrille formanti un intreccio delicato di sostegno diretto in vario senso aderiscono da una parte alla faccia interna del chorion, dove si continuano col tessuto mesodermico, e dall'altra parte alla faccia esterna dell'amnios e della vescica ombelicale. Le cellule hanno nucleo spiccato e protoplasma poco distinguibile, il quale, in alcuni preparati, sembra si continui colle fibrille, ricordando così quanto si osserva nel cordone ombelicale. Nel magma reticolare mancano i vasi sanguigni e questi per portarsi dall' embrione al chorion percorrono il peduncolo addominale di His. Il nome di coeloma esterno è inesatto. Coeloma significa cavità e qui la cavità ha sempre il suo contenuto.

Il magma reticolare ha la stessa origine e natura della gelatina di Warton, pur precedendo di molto la formazione del cordone; si sviluppa contemporaneamente su tutta la superficie del chorion e il suo sviluppo è in rapporto coll'estensione maggiore o minore del coeloma esterno. L'origine allantoidea del magma è messa da G. in dubbio.

Anche in molti mammiferi si ha il magma. In questi però (ruminanti, pachidermi) è disposto attorno all'allantoide che occupa la parte centrale della cavità del chorion.

Negli animali si avrebbe la seguente disposizione: chorion e suo tessuto mesodermico, magma reticularis allantoide. Nell' uomo: chorion, magma reticularis, amnios. Deriverebbe il magma in principal modo, se non esclusivamente, dalla lamina esterna del mesoderma formante lo stroma del chorion, col quale è sempre in continuazione diretta. In via secondaria potrebbero partecipare alla sua costituzione elementi dello strato mesodermico della vescica ombelicale e dell'amnios. Sarebbe dunque sempre originato dal mesoderma limitante il coeloma esterno. L'inizio ad ogni modo sarebbe nel chorion. Lo scopo al quale serve convalida l'ipotesi.

Anche nell'uovo umano la formazione sua deve avvenire molto presto, quando cioè comincia a formarsi la cavità amnio-coriale. Ed è forse in questo momento in cui si stabilisce il coeloma esterno che succedono con maggior frequenza i disturbi nello sviluppo dell'embrione.

Per l'interpretazione delle ova più giovani si avrebbe nel magma — dato il rapporto genetico dell'A. invocato — un criterio facile e sicuro per riconoscere la presenza del mesoderma. E a questa stregua in tutte le ova umane più giovani descritte doveva esistere mesoderma extra-embrionario, e la formazione pre-

coce del mesoblasta in tutta l'estensione della vescica blastadermica deve essere considerata come un carattere primitivo dell'embrione umano. Anche per riguardo alla funzione che compie il magma, il G. stabilisce dei dati nuovi.

Secondo l'A. la funzione sarebbe duplice, nutritiva cioè e meccanica. E relativamente alla duplice funzione si potrebbe ammettere un duplice ordine di fenomeni morbosi, i quali avrebbero il loro riflesso sull'embrione, rendendolo meno fisso nella cavità del chorion, o disturbando la sua funzione e il suo normale svolgimento.

Il magma non è un prodotto artificiale nè dovuto a disposizione patologica dell'uovo; anzi può servire ad indicarci le condizioni anormali di sviluppo dell'ovo.

Non rappresenta punto l'allantoide, come si credeva in passato, e alcune formazioni descritte e riferite alla vescica allantoidea libera (vescicola eritroidea di Pockels, vescica orinaria di Baer, ecc.), devono venir considerate come dipendenti del magma artificialmente disposto.

Nella cavità del chorion umano del 1.° mese non esiste che l'embrione, avvolto nell'amnios e unito al chorion col peduncolo addominale, e la vescicola ombelicale. Il resto della cavità è occupata dal magma reticularis. Se esistono altre parti devesi pensare ad una condizione anormale dell'uovo.

Date le cognizioni acquistate oggi è inutile il cercare la vescicola allantoidea libera — come si osserva in altri animali — nella cavità amnio-coriale dell'uovo umano. PATELLANI.

Prof. C. GIACOMINI. — **Sulle anomalie di sviluppo dell'embrione umano.** — Comunicazione VII. Osserv. 9, 10, 11, 12. Torino 1893.

L'A. facendo seguito a 6 comunicazioni tenute alla R. Acc. di Med. di Torino dal 1888 al 1892 sull'argomento, riferisce 4 osservazioni nuove: tre sulla mancanza nell'uovo umano di tutte le formazioni embrionarie ad eccezione del chorion; una sulle formazioni embrionarie contenute entro il chorion, in via di distruzione, ma ancora riconoscibili. Già in altro lavoro G. descrisse una forma quasi consimile nella quale non esisteva di ben distinto che il chorion e in cui nella cavità di esso si trovavano particolarità che dovevano essere riferite alle parti contenute normalmente nella cavità, malgrado si presentassero in condizioni di alterazione avanzata. Per spiegare le prime tre osservazioni fatte accuratamente su numerose sezioni in serie, l'A. suppone che un disturbo sia avvenuto nell'ovo nel momento in cui il chorion stava differenziandosi e che l'embrione, morto appena in via di sviluppo, si sia distrutto in modo che gli elementi costitutivi di esso appaiono quasi irreconoscibili nel magma reticularis in cui la distruzione è avvenuta.

Per convalidare questa ipotesi G. descrive l'uovo di cui all'osservazione 12. Anche in questo caso l'esame è fatto su numerose sezioni in serie. La causa che qui ha prodotto l'arresto di sviluppo dell'ovo, deve avere agito nel momento in cui la circolazione onfalo-mesenterica stava per differenziarsi nella lamina mesodermica del sacco vitellino e stava per penetrare nell'embrione.

Il processo distruttivo fu colpito nella vescicola ombelicale e qui, bene studiato dal G., da lui riferito non già ad una trasformazione degli elementi, ma ad un vero processo di atrofia. Questo reperto convalida, col fatto anatomico, una ipotesi già dall'A. espressa precedentemente. Tutti i fenomeni di distruzione e di assorbimento delle parti embrionarie succedono nell'interno del magma reticolare. La costituzione di esso quindi dovrebbe essere diversa da quella in condizioni normali. Infatti G. ha osservato che in esso le forme cellulari — che normalmente qui sono in poca quantità — si fanno più numerose e sparse irregolarmente, oppure raccolte in piccoli gruppi in mezzo al reticolo. Queste cellule si sarebbero distaccate dalle formazioni embrionarie.

L'A. termina l'importante lavoro dicendo che oltre alle distruzioni già fatte da His, se ne devono stabilire delle altre a proposito dei prodotti abortivi. Si devono cioè dividere i prodotti abortivi in due grandi gruppi secondo che manca od è presente l'embrione, e questa divisione quantunque non assoluta (esistono infatti delle forme intermedie come lo stesso G. ha in parecchie osservazioni dimostrato), deve essere la base di studî ulteriori.

Anche questa pubblicazione come l'altra della quale prima ho parlato, è completata con riproduzioni di preparati microscopici molto dimostrativi.

PATELLANI.

HENRY. — **De la physométrie pendant le travail de l'accouchement avec ou sans putréfaction du fœtus.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, janvier 1893.

L'aria ambiente può introdursi direttamente nella cavità uterina sia tra l'uovo e la superficie interna uterina sia direttamente nella cavità amniotica, e ciò può accadere, durante la gravidanza e durante il travaglio. L'A. si occupa in ispecial modo della introduzione dell'aria nella cavità dell'uovo, la quale può essere causa di fermentazione del liquido amniotico. Quivi tenta spiegare il fenomeno detto *vagito intrauterino*. Sono poscia esposte delle esperienze istituite allo scopo di valutare approssimativamente la produzione dei gas provenienti dalla placenta, dal liquido amniotico, da un miscuglio di liquido amniotico e di meconio, mettendoli separatamente in apparecchio, tenuti circa a 38° e disposti in maniera da misurare il volume dei gas sprigionati.

Distingue due casi di fisometra, la prima dovuta ad introduzione d'aria nella cavità uterina, ed alla formazione di gas, senza putrefazione apprezzabile, essendo vivo il feto; la seconda dovuta alla produzione di gas di putrefazione nella cavità uterina essendovi morto il feto. Numerosi sono gli esempi che si citano di questa seconda maniera, e diffusamente ne parlano Guillemeau, Guéniot, casi in cui tale era la distensione da necessitare un pronto intervento. In quanto al decorso, esso è quasi identico nei due casi.

La *diagnosi* ne è facile, in base ai dati forniti dalla percussione; il fetore, l'assenza dei fenomeni fetali, lo stato generale della madre ci avvertiranno del fisometra da putrefazione e per converso dalla semplice mancanza di tal quadro noi saremo autorizzati a diagnosticare l'utero semplicemeute disteso d'aria. Riguardo al *pronostico*, questo è diverso a seconda dei casi, se il bimbo è vivo è favorevole per la madre e pel feto, meno favorevole però se vi è perdita di meconio. Nel caso di fisometra da putrefazione, il pronostico per la madre è assai triste, aggravàto altresì dalla necessità di un intervento operatorio. *Cura*: a feto vivo si interverrà solo nei casi di inerzia, a feto morto si interverrà per condurre rapidamente a termine il parto, avendo cura di ledere il meno possibile le parti materne. Il puerperio dovrà essere particolarmente sorvegliato. Sono poscia esposte otto osservazioni cliniche tolte dalla letteratura.

Decio.

V. Morax. — **Salpingo-ovarite double suppurée à pneumocoques.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, mars 1893.

È l'esposizione dettagliata di una osservazione clinica, di una infezione post-puerperale che sembra essere stata originata da pneumococco, poichè esso esisteva in abbondanza ed allo stato di purezza nel pus raccolto dalle trombe durante l'atto operativo. Essendosi rotta nei maneggi operatori una sacca tubarica, insorse una peritonite peracuta, che l'A. crede dovuta alla pullulazione del pneumococco nella cavità sierosa. Ciò sarebbe convalidato essendosi trovato il microrganismo nel pus del peritoneo post-mortem.

Dal punto di vista batteriologico è interessante il vedere come il pneumococco constatato nel pus della tuba non abbia dato alcuna coltura, e non abbia ucciso un topo inoculato. Dietro ciò si avrebbe potuto credere che il pneumococco fosse morto, ciò non fu, ed esso trovò sulla sierosa peritoneale un mezzo assai più acconcio al suo sviluppo di tutti i mezzi artificiali e dell'organismo del topo. Egli riacquistò la sua virulenza per questa coltura nel peritoneo, dopo di che uccise il topo e diede abbondanti colture.

Decio.

Turbia Clemente. — **Sulla rottura precoce delle membrane.** — Dal *Raccoglitore Medico*, anno LVI, serie V, N. 16, vol. V.

Il lavoro è diviso in varî capitoli:

I. *Resistenza delle membrane.* — Parla dapprima della formazione del sacco, fattore precipuo della dilatazione della bocca uterina, enumerandone le diverse forme, piatta, emisferica, piriforme od a sanguinaccio, e ricordando pure la duplicità del sacco, osservata da Depaul in un caso di gravidanza gemellare, e la borsa polipiforme di Valenta, patognomonica di feto morto. Accenna ai casi in cui per una abnorme resistenza delle membrane il feto è espulso cogli annessi integri, ed agli altri in cui, rompendosi le membrane in alto, il feto in presentazione di vertice fuoresce dai genitali incapucciato dalle membrane, o colla così detta *cuffia della fortuna.* La rottura delle membrane è *prematura* se accade prima dell'inizio del travaglio, è *precoce* se durante il travaglio, è a *tempo* se la dilatazione è completa, *tardiva* se nel periodo espulsivo, *ritardata*, se le membrane si rompono dopo l'uscita dell'uovo. Per il buon andamento del parto la rottura delle membrane deve essere vicina al termine di esso. In casi eccezionali è necessario addivenire alla artificiale rottura. Quale è la forza necessaria perchè la rottura naturale avvenga? Secondo gli studî di Poppel sopra un disco di membrane di 5 cent. ci vorrebbero 4258 grammi, sopra un disco 3 cent. 3657, sopra un diametro di 10 cent. la resistenza media è uguale a 6162 grammi. Duncan avrebbe trovato che l'amnios è il più resistente. Ribemont trovò le membrane presentare delle differenze variabilissime nella resistenza, da un uovo all'altro, e da un punto all'altro del medesimo uovo, tutte e tre prese assieme resistere più che ciascuna isolata. Si estende poscia l'A. sulle varietà di sede e di forma della rottura.

II. *Causa della rottura precoce delle membrane.* — Annovera l'eccessiva sottigliezza delle medesime o resistenza minore; la resistenza eccessiva, allorchè si presenti il caso di aderenze tenaci di tutte e tre le membrane colla parete uterina, in cui la rottura avviene appena si inizia la trasformazione del collo. Sopra 170 parti trovò la rottura precoce nella proporzione del 23. 5 0|0. Tarnier l'avrebbe trovato solo nella proporzione del 15. 40 0|0. L'A. crede che il suo alto procento sia devoluto alla frequenza delle pelviche viziature che suolsi avvertire in Piemonte. Segue una tabella risguardante lo stato del segmento inferiore dell'utero al momento della rottura delle membrane, e ne emerge che la rottura precoce avviene di preferenza a trasformazione incompleta. Una seconda tabella dimostra la possibilità della rottura anche molto tempo prima del parto. Una terza offre

il rapporto secondo il quale avviene la rottura nelle varie presentazioni, dalla quale agevolmente si scorge che le presentazioni di vertice sono in numero minore che non nei parti in genere, mentre sono aumentate le presentazioni anormali. Un' ultima tavola dimostra la frequenza della rottura precoce nei bacini viziati, che l'A. vede causata dal fatto che cioè le viziature pelviche non permettono il regolare impegno della presentazione, rimanendo così la comunicazione fra le acque. Fra le altre cause di rottura precoce enumera l'incarceramento per retroversione, il concubito alla fine di gestazione, la gravidanza complicata a fibromi, la placenta previa.

III. *Diagnosi.* — Questa è basata sulla diminuzione di volume del ventre, sullo scolo delle acque, e sopra tutto sui dati forniti dal riscontro vaginale, praticato nei momenti di contrazione specialmente nei casi di presentazione di vertice.

IV. *Esiti per la madre e per il feto.* — Questi sono abbastanza gravi per entrambi, e pel feto sono occasionati dalla lentezza degli atti costituenti il parto per la mancata formazione del sacco. Spesso interviene l'inerzia uterina, l'emorragia del secondamento. La lentezza del travaglio compromette la vita del feto, specialmente se venga ad avverarsi un parziale distacco di placenta, la procidenza del funicolo così facile a riscontrarsi nei casi di precoce rottura delle membrane. Segue una tabella riassuntiva delle conseguenze che possono derivare dalla rottura precoce delle mombrane alla madre ed al feto.

V. *Profilassi e cura nella rottura precoce delle membrane.* — Ricorda il riposo, la posizione genu-pettorale. il colpeurynter, ricorda di combattere l'inerzia uterina, e si sofferma alquanto sul presidio che chiamasi sacchetto di Barnes, indi annovera il chinino, la morfina, il laudano, il bagno tepido nei casi di inerzia spasmodica. Dà i precetti da seguirsi nei casi di procidenza del funicolo e le indicazioni dell'intervento operatorio. Da ultimo si intrattiene sulle emorragie di secondamenlo e sull'asfissia dei neonati.

Decio.

Dott. A. Cioja. — **Su alcuni reperti dei primi stadi dei fibromiomi uterini.** — *Gazz. Medica degli Ospedali,* 1893, N. 83.

I reperti che l'A. ottenne dall'esame di due piccolissimi fibromiomi uterini, concordano quasi perfettamente con quelli accennati da Gottschalk nella sua memoria sull'istogenesi ed eziologia dei fibromiomi.

Trattasi di corpicciuoli dall'aspetto uniforme, senza apparenza di nucleo, senza struttura fissa, per lo più rotondi, un po' più oscuri al centro che alla periferia, la quale mostrasi talvolta leggermente lobata. Non si colorano coll'eosina, si co-

lorano assai bene coll'ematossilina Delafield. Stanno entro il lume dei vasi appoggiati all'intima e tra le fibre muscolari divaricate. Tali corpi furono anche dimostrati nelle sezioni di una tuba appartenente a un utero ricco di voluminosi fibromiomi. Però, per quanto riguarda le interpretazioni date dal Gottschalk a simili reperti, l'A. giudica troppo arrischiato che questi affermi *trattarsi di parassiti animali a protoplasma contrattile, con proprietà ameboidi, riproducentisi per scissione diretta.* Il giudizio dell'A. è giustissimo, e la questione merita di essere ancora profondamente studiata.

LUIGI VILLA.

Dott. A. CIOJA. — **Lesioni placentari in relazione con malattie renali della madre.** — Tesi di libera docenza. Milano, 1893.

Fra le malattie della placenta l'A. ha scelto come oggetto de' suoi studi *l'infarto bianco e le forme emorragiche a placenta normalmente inserta*, come quelle che per consenso di maggior numero di autori e per maggior copia di casi clinici vengono messe in relazione con malattie renali della madre.

Definito che cosa debba intendersi per infarto bianco ed esposte sommariamente le molteplici dottrine degli autori intorno alla genesi e al significato di tali alterazioni, l'A. dà conto delle proprie ricerche condotte sopra 5 casi occorsi nella Clinica Ostetrica di Pavia. Stabilisce la frequenza della malattia, ne distingue le principali forme anatomiche e descrive i reperti microscopici: risulta da essi che i focolai morbosi sono rappresentati da ammassi di fibrina disposta in fibre, o in lamelle, o variamente discontinua: che alcuni sono foggiati a cavità contenenti granuli di ematoidina ed altri granuli fortemente tingibili coll'ematossilina, mentre la loro parete interna sorregge un numero vario di papille, residui di villi innicchiatisi nei detriti sanguigni; che anche i vasi sanguigni sono variamente alterati (ingrossamento delle pareti, moltiplicazione perivasale delle cellule connettive, obliterazione del lume); che i villi subiscono alterazioni e nella loro distribuzione (raggruppamenti o fusione di essi) e nei loro elementi costitutivi, che non di rado si incontrano in mezzo ai villi, isole deciduali alterate. Si avrebbero quindi lesioni regressive degli elementi, rappresentate da *necrosi* da *coagulazione* e da forme di *degenerazione*, non che alterazioni vasali: non si noterebbero, come da alcuni, *fenomeni infiammatori acuti.*

Quanto ai rapporti fra l'infarto e la nefrite materna, partendo dal concetto che la placenta è un filtro a mezzo del quale si compiono processi osmotici fra il sangue materno e quello fetale, e basandosi sul fatto che l'urea fu dal Mosso dimostrata capace di indurre peculiari alterazioni negli epiteli, l'A. opina che l'al-

terazione da lui studiata si possa spiegare *principalmente* coll' aumento di tale sostanza, e forse anche degli altri prodotti riduttivi, nel sangue interno per opera della nefrite. Relativamente alle alterazioni emorragiche della placenta, l'A. mette in evidenza, raccogliendo i casi sparsi nella letteratura ed altri da lui osservati, il rapporto abbastanza frequente, non però necessario, che esse hanno colla nefrite materna: questa inducendo processi degenerativi della serotina, sfiancando per tal guisa le già poco resistenti pareti dei seni, creerebbe una condizione opportuna agli stravasi sanguigni: potrebbe anche pensarsi che per le alterazioni della serotina (come per quelle delle pareti vasali in genere), si produce la trombosi placentale; o che, verificatesi emorragie o trombosi, queste rallentino, per compressione, la già lenta circolazione dei seni e vi conducono coagulazioni progressive. Da ultimo non esclude la possibilità di emorragie d'origine fetale.

D'altra parte l'A. non disconosce la possibilità dell'intervento di cause esterne, urti, vomiti, premiti, cause psichiche, e quanto al meccanismo secondo cui si compie il distacco placentare, crede di non doverne accettare esclusivamete un solo, mostra anzi, coll'analisi dei propri casi, come possano a tal proposito, occorrere tutte le modalità messe innanzi dagli autori.

L'A. chiude il suo lavoro parlando riassuntivamente della sintomatologia, della diagnosi, prognosi e cura del distacco precoce della placenta normalmente inserta.

Luigi Villa.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XV. Dicembre 1893. Num. 12.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF EDINBURGH
-2 MAR 94
LIBRARY

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

DUE LITOPEDI

uno dei quali preesisteva ad una gravidanza extrauterina recente

Dott. S. PATELLANI.

In questi ultimi quindici anni poche questioni d'ostetricia e di ginecologia furono tanto trattate e discusse quanto quelle che si riferiscono alla gravidanza extra-uterina. E numerose pubblicazioni si succedono ogni giorno sull'argomento per aggiungere qualche cosa di nuovo o per ripetere in altro modo quello che è già noto. La gravidanza extra-uterina che fino a 10 anni fa era considerata come un fatto eccezionale, viene ora dimostrata molto più frequente di quello che si credeva, dati i mezzi diagnostici e terapeutici oggi in uso.

Se noi diamo ad esempio uno sguardo alla nota pubblicazione del Frommel ultimamente uscita, che riassume gli studî di ostetricia e di ginecologia fatti nel 1892, vediamo citati non meno di 228 casi nuovi descritti l'anno scorso. È specialmente in Germania, in Inghilterra, in Francia, che l'argomento venne con maggior cura studiato. Anche da noi però molti si sono occupati della questione, e non devono essere fra noi dimenticati i lavori dell'Ercolani e quello del Romiti, che giustamente anche oggi sono in Italia e fuori d'Italia ricordati.

Lo scopo modesto che mi propongo è di rendere noti due casi che ho avuto l'opportunità di studiare appunto qui a Milano, affidati a me

dal prof. Mangiagalli, che io qui pubblicamente ringrazio anche per l'ospitalità cortese avuta, nell'istituto da lui diretto, dal luglio all'ottobre di quest'anno.

Nel primo dei due casi si trattava di una gravidanza extra-uterina tubarica destra, in una donna la quale aveva un litopedio in rapporto cogli annessi di sinistra.

Innanzi tutto esporrò la storia clinica:

M. T., stiratrice, di 25 anni, maritata, di Origgio, abitante in Milano. Nulla di notevole nel gentilizio. Fu mestruata a 14 anni. Ebbe una gravidanza a termine nel 1877 con parto eutocico. Il puerperio fu febbrile e la M. fu ricoverata per la cura all'Ospedale. Nel 1889 gravida per la seconda volta, ebbe un aborto al quinto mese. Nell'agosto del 1892 fu di nuovo ricoverata nell'Ospedale presentando tutti i sintomi caratteristici di una anemia acuta molto grave. Gravida al quarto mese, era stata presa, mentre attendeva al proprio lavoro, da dolori vivissimi all'addome e da vomito insistente. Rimessa in buone condizioni la paziente, dalla sala medica venne passata nella sala ginecologica, dove, sempre apirettica, rimase pochi giorni. All'esame allora fatto, nulla di importante si riscontrò al cuore e ai polmoni, nell'ambito dei visceri ipocondriaci. L'addome era disteso, meteoritico, dolente alla palpazione nei quadranti inferiori in ispecie a sinistra. La porzione vaginale del collo era rammollita e attraverso all'orificio uterino esterno beante faceva ernia un lembo membranoso che esportato senza difficoltà e sottoposto poi ad esame microscopico presentò tutti i caratteri della decidua uterina. Non fu possibile allora, per i dolori vivi che si producevano alla paziente nelle manovre combinate, rilevare lo stato degli annessi. L'utero era antiflesso e aumentato di volume come in una gravidanza al secondo mese. Non si riscontrò albumina nelle urine.

Nel primo giorno di degenza nell'Ospedale — in sala medica — ebbe un rialzo di temperat. (39°). In seguito però i dolori diminuirono, la febbre cessò e come ho già detto, la paziente fu mandata in discrete condizioni nel Comparto ginecologico, dove fu sempre apirettica e dove rimase pochi giorni. La M. volle in seguito lasciar l'Ospedale pur non essendo completamente cessati i dolori all'addome ed essendone sconsigliata. Nel Comparto ginecologico per i dati anamnestici e per il risultato dell'esame, si pensò naturalmente ad una gravidanza extra-uterina. Non si decise però allora di intervenire con un atto operativo, essendo scomparsi, quando fu esaminata, i sintomi abbastanza gravi che prima lo potevano indicare ed essendo d'altra parte la donna in buone condizioni ed in via di manifesto miglioramento. Nell'agosto di quest'anno

fu di nuovo ricoverata nell'Ospedale, accusando da tre settimane dolori assai vivi all'addome e leucorrea abbondante. A domicilio non ebbe mai febbre. Urina senza albumina. Alvo chiuso.

All'esame generale e del torace nulla rilevasi di importante.

L' addome è dolente alla palpazione nel quadrante inferiore di destra, dove rilevasi una tumescenza piuttosto grossa ed elastica a limiti ben definiti. Coll'esame combinato notasi che l' utero è un po' aumentato di volume, in antiflessione rigida, mobile, in toto, sulla linea mediana. A destra dell' utero esiste una tumescenza, unita ad esso per mezzo di un peduncolo, la quale ha una grossezza della testa di un feto a termine, è elastica e non appoggia sulla volta vaginale. Non si riesce a palpare l'ovaio destro. A sinistra in corrispondenza della parte esterna della tuba avvertesi un intasamento a limiti non ben definiti. Non si riesce a stabilire quali siano i rapporti dell'ovaio sinistro.

La paziente è apirettica e se si eccettuino i dolori, del resto non vivi, che accusa nel Q. I. D., sta discretamente bene. Durante la degenza nell'Ospedale, si ebbe l'espulsione dai genitali di frustoli che all'esame microscopico presentarono i caratteri della decidua uterina. Il prof. Mangiagalli, che già prima aveva fatta la diagnosi di probabile gravidanza extra-uterina destra e di probabile piccola cisti ovarica di sinistra, si decide senz' altro per la laparotomia da praticarsi all' indomani, quando l' ammalata improvvisamente muore nella notte.

36 ore dopo la morte si procede all' autopsia.

Il cadavere è ben conservato. Non si ha traccia di liquido nelle cavità pleurica e pericardica. I polmoni sono grigi, anemici. Al cuore notasi ipertrofia eccentrica d' ambo i ventricoli. L'endocardio è anemico.

L' addome è fortemente disteso. Tagliati sulla linea mediana i diversi strati della parete anteriore al disotto del peritoneo parietale, subito si presenta l' omento, il quale si porta in basso fino a 4 dita al disotto del bellico. La faccia interna dell'omento, specie nelle parti più basse, è ricoperta da grumi sanguigni. Coaguli sanguigni pure si trovano sparsi tra le anse intestinali. Coi grumi si estrassero dal cavo peritoneale circa cc. 1500 di liquido siero-sanguinolento. Solo dalla parte destra fu possibile sollevare l'omento; dalla parte sinistra invece questo aveva contratto aderenze col corrispondente legamento largo. Tolte le aderenze si vide che l' omento ricopriva, in parte quasi ad incapsularla all'avanti, una piccola massa di consistenza calcarea formata da un feticino ripiegato sulla sua superficie anteriore. Non si riscontrarono sul feto e nelle vicinanze traccie di placenta e di annessi fetali.

Il piccolo feto che pesa grammi 4,1 è lungo dal vertice all'estremo podalico mm. 35. Il diametro antero posteriore massimo all' altezza del torace è di mm. 25; il trasversale di mm. 20. È il feto fortemente incurvato sul suo piano anteriore e atteggiato normalmente. Sulla parte

destra del corpo che guardava all'avanti le ossa sono completamente allo scoperto. Si vedono ben manifesti il parietale, l'omero, la clavicola, le coste, la scapola, la tibia e la fibula di destra. Sulla parte sinistra invece del corpo le ossa sono ricoperte per un tratto non molto esteso da tessuto connettivo in cui le fibre sono poco stipate tra di loro. Era in questo punto che il feticino stava unito alla parte esterna e superiore del legamento largo. Anche nei punti periferici corrispondenti al luogo di inserzione del peduncolo, le ossa si possono mettere allo scoperto. In una sezione fatta nel senso sagittale nell'interno del feto non si può rilevare alcuna particolarità di struttura. La superficie di sezione ha un colorito biancastro e le parti costituenti il feto hanno assunto una consistenza piuttosto dura. Anche ad un esame più accurato non si poterono rilevare nè residui di membrane nè traccie di villi coriali. Attorno al feto invece esisteva uno strato di sostanza calcarea stridente al taglio, in qualche punto più spesso in altri punti meno grosso. Il piccolo litopedio, nel quale non poteronsi rilevare altre particolarità degne di nota, sarebbe, secondo la divisione nota stabilita dal Kückenmeister (1), un litopedio tipico.

I rapporti anatomici tra la tuba e l'ovaio sinistro sono normali. La tuba, che è lunga 5 cm. appena e che è più volte contorta dall' avanti all' indietro, presenta alla distanza di circa mm. 25 dalla sua inserzione uterina un tratto di tessuto cicatriziale esteso trasversalmente per mm. 2 e dall'alto in basso per 1 cm.

L' utero è antiflesso e aumentato di volume. La lunghezza del corpo è di 7 cm., quella del collo di 4 cm. Il fondo dell' utero ha una larghezza di cm. 8,5 e uno spessore di cm. 6,5; le pareti uno spessore di circa cm. 3, misure queste corrispondenti a quelle riportate come medie dall' Hecker a dimostrazione dell' ipertrofia dell' utero nella gravidanza extra-uterina.

L'endometrio ha un colorito biancastro e in esso non trovansi, come risulta dall'esame microscopico fatto, traccie di membrane. Anzi in alcuni dei preparati fatti in sezione trasversale si vede messo completamente a nudo lo strato muscolare. Ambedue gli orifici tubarici sono chiusi e appena visibili. La tuba di destra segue per un tratto di cm. 6,5 di volume pressochè normale, quindi mette capo ad un tumore grosso quanto un'arancia (cm. 8,7 × 6) in corrispondenza del polo sinistro di questo e piuttosto anteriormente. Il tumore è compreso tra le due pagine del legamento largo ed estendentesi in senso trasversale. Ha una consistenza su quasi tutta la sua superficie come miomatosa.

---

(1) « Uber Lithopädien. » *Archiv. f. Gyn.*, 1881, vol. 17, parte II, pag. 155-156.

Solo in un tratto limitato a 4 cm. q. circa, inferiormente un po' all' indietro e verso destra si avverte un senso manifesto di fluttuazione. Sul polo superiore del tumore verso la metà di esso notasi una lacerazione a bordi frastagliati e beante estesa per 3 cm. con fondo oscuro e ricoperto da grumi sanguigni. La lacerazione aveva sede in un punto corrispondente all' inserzione placentare. Il tessuto della placenta non si era punto lacerato. La sede quindi della rottura del sacco tubarico convaliderebbe un'osservazione già fatta da Jarman (1).

Aperto, in continuazione del punto lacerato, il tumore e spaccata la massa placentare immediatamente al disotto e che ricopriva per circa 2[3 la cavità di cui diremo, si giunge a ridosso di una membrana che riveste completamente la cavità. Su tutto l'ambito di quest' ultima si possono isolare le membrane come pure si può scollare, dalla faccia fetale della placenta, l'amnios. La cavità è piena di un liquido rossastro. Nell'interno di essa si trova un feto atteggiato normalmente col dorso rivolto all'avanti. Il cordone ombelicale lungo 11 cm., di 2 mm. di diametro, dall'inserzione sua placentare all'avanti e un po' a destra si porta al disotto del feto per raggiungerne il bellico. Il feto lungo cm. 11, 5 pesa 35 grammi, e presenta i caratteri di un feto macerato. Visibili sono le rime palpebrali e ben manifeste le dita delle mani e dei piedi. La distanza dal bellico al vertice è di mm. 75, dal bellico ai piedi di mm. 40. L'estremo cefalico è lungo cm. 3,2. È di sesso maschile; la faccia presenta discretamente le sue caratteristiche; le fontanelle e le suture sono ampie. Per quanto il peso sia inferiore alle medie date per il quarto mese di vita fetale, gli altri dati ci indicano che la gravidanza doveva essere giunta al quarto mese.

La cavità è divisa in due parti; una più ampia vicina all' utero e una più piccola, separate tra di loro da un cercine che corrispondeva al collo del feto. Nel punto in cui si sentiva fluttuazione manifesta, solo le membrane separavano la cavità fetale dalla peritoneale. Sollevando le membrane non si riesce a stabilire con certezza il seguito della tuba. Lo spessore delle pareti del sacco fetale tubarico non è uguale nei diversi punti. Dove ha inserzione la placenta è di 6-7 mm.; dove questa manca di 2-3 mm. Appunto in basso, all' avanti e a destra, lo spessore era minore mentre, come si sa, il Werth ammetteva più facile l' assottigliamento all' indietro e in alto. Il sacco fetale tubarico aveva preso sviluppo in basso e all'esterno. I legamenti rotondi erano ben differenziabili e non tesi. L'estremo addominale della tuba si staccava dal tumore a 2 cm. all' indietro del punto in cui in esso penetrava l'estremo

---

(1) Cit. da FROMMEL. *Jahresbericht*, ecc., 1892. — WIESBADEN, 1893, pag. 148.

uterino e il padiglione libero si portava — e in questo tratto la tuba riprendeva il suo aspetto e volume normale — verso l'ovaio il quale era posto allo indietro del primo tratto tubarico tra l'utero all'interno e il padiglione all'esterno. L'ovaio destro, normale, presentava un corpo luteo vero avente 1 cm. circa di diametro.

L'esame microscopico della tuba di destra fatto su un pezzo esportato a 4 cent. dell'utero e a poca distanza dal sacco tubarico fetale, mostra pochissime ripiegature nell'interno del lume disteso. Su tutta quanta la superficie della mucosa manca il rivestimento epiteliale. Solo in alcuni punti limitati appare in via di sfaldarsi staccato già in parte dal tessuto sottostante. Le poche pliche sono infiltrate di elementi cellulari rotondi i quali si spingono in alcuni punti raggruppati e numerosi fino al limite tra la muscolare e il tessuto sottomucoso. Le fibre dello strato muscolare si addossano in uno strato molto spesso, specie a spese delle fibre circolari. Anche la sierosa, ricoprente delle fibre muscolari tagliate trasversalmente, è inspessita.

Le sezioni del sacco tubarico fetale completo furono fatte in un punto in cui lo spessore era di 5 mill. All'esterno nei preparati fatti si vede ben manifesto il foglietto peritoneale ricoprente la tonaca muscolare le cui fibre si addossano in uno strato piuttosto grosso, relativamente alla forte distensione delle pareti della tuba gravida, strato in gran parte formato da fibre circolari. Al disotto dello strato muscolare in qualche preparato vedesi un vaso tagliato obliquamente al disotto del quale, verso il limite dello strato cellulare sottoposto, rilevansi delle cellule piuttosto grosse ricordanti i caratteri propri delle cellule deciduali. Non però in tutti i preparati si possono vedere e d'altra parte io non saprei in modo indubbio designare queste cellule come tali. Al disotto delle fibre muscolari esiste un sottilissimo strato connettivale il quale manda qua e là numerosi setti tra i villi coriali ben manifesti verso l'interno e tagliati secondo diverse direzioni. Il loro rivestimento epiteliare è ben visibile nelle sezioni che li hanno colpiti in direzione trasversa o un po' obliqua. Verso l'interno ancora della tuba gravida notansi due membranelle delle quali l'esterna molto più sottile, l'interna 4 volte più grossa tanto bene isolabili tra di loro che si separarono completamente in molte sezioni per il semplice fatto che quest'ultime erano passate in un liquido rischiaratore. In preparati però fatti in glicerina i loro rapporti ben si possono colpire. La membrana interna è costituita dall'amnios, la più esterna invece nella quale non potei per altro rilevare particolarità di struttura ben manifeste, forse rappresenta la così detta membrana coriale o laminosa della placenta.

Il caso descritto in cui l'esame anatomico confermò la diagnosi, ha una dimostrazione, come si vede, rigorosa. Si trattava dunque di una gravidanza extrauterina tubarica destra recente in una donna la quale aveva avuto precedentemente un' altra gravidanza extra-uterina, nella tuba sinistra, il cui prodotto aveva dato luogo alla formazione di un litopedio.

La gravidanza extra-uterina tubarica terminata con un aborto tubarico al 4.° mese, in cui il feto si trasformò in litopedio daterebbe appena da un anno. Il fatto avvenuto in un periodo di tempo relativamente breve ha conferma anche da altre osservazioni pubblicate. Non tenendo calcolo dei casi noti del Platzer e del Turner in cui i feti in un solo anno si erano ridotti allo stato di litochelifo, ricordo solo che nella classica memoria di Kückenmeister è citato, al N. 386 (1), un vero litopedio, quello dello Stein, che da solo un anno si trovava nell'addome.

Il richiamo del resto al processo regressivo per cui i sali calcarei, come vedremo, vengono a depositarsi, a infiltrarsi entro gli elementi anatomici morti, dimostra tale possibilità. Negli ammassi ad es. di sostanza caseosa e in genere nelle sostanze amorfe prodotte specialmente in seguito a degenerazione adiposa, nei residui disorganizzati del pus, nei trombi infine il processo può avvenire anche in un tempo più breve.

Per riguardo alle cause che possono aver determinate le due gravidanze extrauterine, dobbiamo riferirci ai fatti anamnestici e all'esame anatomico che dimostrò nella tuba destra le caratteristiche di una forma catarrale in istadio avanzato e in tutte e due le tube delle angolosità dirette in vario senso. E questo dico volendo seguire le idee prevalenti a tale proposito, propugnate dal Martin e convalidate poi, in un lavoro pubblicato l' anno scorso, dall'Engström (2). Del resto sull' argomento sono note, oltre le osservazioni di Kiwisch fatte nel 1849 e di Virchow nel 1850 (citati dall'Engström) le idee di altri autori (Hecker).

Alcune volte però tale interpretazione, che pur nel caso nostro può valere per spiegare tanto la prima quanto la seconda gravidanza extrauterina, punto non soddisfa. Potrebbe forse allora venir discussa l'ipotesi,

---

(1) Loco cit., pag. 185.

(2) « Zur Aetiologie der Tubenschw. » *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, vol. 24, pag. 201.

messa avanti molti anni or sono, e allora considerata come insostenibile, da Geoffroy Saint-Hilaire (1) e recentemente dal Freund, della predisposizione cioè embrionale alle gravidanze extrauterine. A proposito di questo indirizzo aggiungo un richiamo ad alcuni fatti che si riferiscono all'embriologia.

È noto, come dimostrò ancora in questi giorni Carlo Breus a spiegazione di alcune formazioni cistiche con rivestimento epiteliare nei miomi uterini (2), che la presenza di rudimenti dei canali di Gärtner nell'età adulta non è un fatto tanto eccezionale come si crede. Seguendo il decorso di essi nell'utero, Rieder trovò che si portano nella parte più bassa del corpo uterino dall' alto al basso e dall' esterno all' interno avvicinandosi così sempre di più alla cavità del viscere. Al principio del collo sono già compresi tra i fasci muscolari; più in basso ancora, in vagina, nella tonaca muscolare in vicinanza della mucosa. A questi canali che sono ben manifesti nello stato embrionale anche tra le fibre muscolari dell' utero e che, come è noto, hanno il loro punto superiore di partenza in corrispondenza del parovario, forse si potrà dare una importanza maggiore nell' interpretazione di alcuni fatti che sono fino ad oggi poco spiegati o che per essere spiegati, come le gravidanze extrauterine in genere e le extrauterine ripetute in ispecie, abbisognano di ipotesi più ingegnose che probabili.

Anche un'altra idea potrebbe essere messa avanti in questi casi singolari; la modificazione cioè nei movimenti associati delle due tube, movimenti peristaltici e delle ciglia vibratili dagli orifici addominali tubarici agli orifici uterini. E se da una parte a quest' idea contraddirebbero i casi di gravidanze extrauterine susseguiti poi da gravidanze endo-uterine, d'altra parte verrebbe ad essa in appoggio l' osservazione del fatto che, e non parlo del caso mio, è straordinariamente frequente il riscontrare nelle gravidanze extrauterine il corpo luteo vero gravidico sull'ovaio corrispondente alla tuba non gravida (3). Dico movimenti associati delle due trombe non riferendomi naturalmente a quanto è da

---

(1) Citata in una nota dal Romiti nella tesi « Sulla gravidanza extrauterina, » pubblicata a Firenze nel 1875, a pag. 93.

(2) « Ueber wahre epithelführende eystenbildung in uterus myomen. » Lipsia, Vienna, 1894, pag. 22.

(3) « Müller's Handbuch, etc. » Vol. II, parte II. O. Küstner, pag. 520. Stuttgart, 1890.

tutti risaputo che se mancano o il movimento peristaltico delle fibre muscolari o i movimenti ondulatori delle ciglia nella tuba di un lato, allora qui si ha una condizione predisponente all' arresto in essa dell'ovicino già in via di sviluppo o che dovrà essere fecondato in seguito.

A questo riguardo vale la pena di ricordare con qualche commento alcune idee esposte da Sippel e un caso, del quale dirò poi, osservato da Taylor. Il Sippel (1) insiste sull'importanza della migrazione esterna dell'ovulo nelle gravidanze extrauterine, basandosi sul fatto da lui osservato, e d'altra parte già conosciuto come abbiamo visto, che il corpo luteo vero si può trovare sull' ovaio del lato opposto a quello dove si sviluppa la gravidanza e insistendo su questo ammette la seguente ipotesi: L'uovo fecondato nella cavità peritoneale giunge all'ostio addominale della tuba del lato opposto avendo già raggiunto un certo grado di sviluppo e avendo così cambiati i caratteri della sua superficie esterna. In tali condizioni il suo ulteriore cammino verso la cavità uterina è reso difficile e tanto più difficile in quantochè per i variati rapporti diametrici si possono determinare delle alterazioni locali.

Nel caso poi di Taylor si avrebbe avuta ripetizione della gravidanza extrauterina nella tuba dello stesso lato in due punti diversi. Non trovai accennato nè quale delle 2 tube era rimasta così due volte gravida, nè se la lacerazione rimasta dalla rottura della gravidanza extrauterina recente sulla tuba si trovasse all'interno o all'esterno del punto in cui era rimasta traccia del primo aborto tubarico. La mancanza del primo dato, si capisce, poco conta. Il secondo dato poi si può dedurre lo stesso considerando che, almeno fino ad oggi, come io udii dire l'anno scorso alla Società di Ginecologia di Berlino dal Veit e dall'Olshausen (2), la migrazione interna dell'ovulo non è per nulla dimostrata da fatti anatomici o clinici scientificamente rigorosi. La seconda gravidanza extrauterina nella tuba doveva essere quindi esterna alla più antica.

Ora l'elemento maschile doveva essere arrivato a fecondare l'ovulo attraverso alla tuba pervia. Non vidi accennato anche in quali condizioni quest'ultima si trovava. Se era in condizioni normali il movimento

---

(1) » Zur Lehre von der Extrauterinschw. » *Deutsche Medic. Wochens.*, 1892, N. 37, pag. 825.

(2) La discussione è anche riferita, vedi : *Zeitschrift f. Gyn. in Geb.*, vol. 24, parte seconda, pag. 327 e seguenti.

peristaltico delle fibre muscolari e ondulatorio della ciglia vibratili di essa non avevano potuto determinare, mancando un movimento associato dall'altro lato, il passaggio attraverso ad essa dell'ovicino fecondato; se non era invece in condizioni normali, le condizioni anormali della tuba non avevano punto influenzato, ammesso che una corrente sierosa fosse esistita in questa direzione, l'avvicinarsi ad essa o il soffermarsi in essa, perchè ammalata, del prodotto del concepimento appena nell'inizio del suo sviluppo.

Ho fatto queste considerazioni per richiamare l'influenza che possono avere le condizioni patologiche della tuba non gravida nel determinare, nella tromba del lato opposto, una gravidanza extra-uterina. E in appoggio a questa mia idea valga un'osservazione di Griffith (1), a proposito di una gravidanza tubarica destra a sviluppo intralegamentoso al quarto mese in cui appunto la mucosa della tuba sinistra non gravida era completamente distrutta.

***

La ripetizione della gravidanza extra-uterina è stata poche volte osservata e non tutti i casi pubblicati presentano il rigore scientifico necessario perchè si debbano senz'altro ammettere. Nella letteratura sull'argomento ho potuto raccogliere ventitre casi.

Nel caso citato dal Corradi fino dal 1874 (2) e poi dal Kückenmeister (3), di Varnier e di Mangin, si trattava di una XIIpara che a 42 anni portò una gravidanza a termine senza però partorire e in cui 18 mesi dopo si ebbe una perdita sanguigna abbondante dai genitali. La donna visse ancora 32 anni. All'autopsia si trovò nella cavità addominale un feto a termine con placenta e cordone e un tumore duro della grossezza di un uovo contenente ossa di un feticino sviluppato come al terzo mese di gravidanza. Il primo dei due feti erasi trasformato in un litochelifo.

---

(1) *Iahresbericht* (1892) von Frommel. Wiesb, 93, pag. 133.

(2) « Dell'Ostetricia in Italia. » Bologna 1874, pag. 1046.

(3) Loco citato, pag. 158, caso N. 5.

Si riferisce che il Puech espose altri 8 casi raccolti nella letteratura prima del 1879 (1).

I. Veit (2) trattando di 12 gravidanze extrauterine da lui operate — e una volta l'indicazione per la laparotomia fu la stessa che decise alla seconda laparotomia il Lawson Tait nel caso che vedremo — espone tre casi nuovi in cui la gravidanza ectopica si era ripetuta.

Sieegenbeek van Heukelom (3) descrisse una gravidanza doppia tubarica che però non è rigorosamente dimostrata.

Il Kletsch (4) alla seduta del 20 marzo della Società Ostetrica di New-York parlò di una gravidanza extrauterina, da lui curata coll'elettricità, in una donna in cui nel 1884 G. Thomas già aveva fatto una laparotomia pure per gravidanza ectopica.

Il Lawson Tait (5) potè dimostrare al tavolo anatomico una gravidanza interstiziale sinistra in una donna in cui egli aveva fatto poco più di due anni e mezzo prima una laparotomia per emorragia da rottura della tuba gravida di destra.

Il Frommel (6) riferisce che nel 1883 fece una laparotomia per gravidanza tubarica intraligamentosa destra, 10 giorni circa dopo la morte del feto. Dopo 4 anni la donna operata ebbe una nuova interruzione menstruale, quindi dolori vivi nella parte sinistra dell' addome e 8 settimane dopo ancora colasso e successiva formazione di un ematocele retro-uterino accompagnata dall'espulsione dai genitali di residui di una membrana presentante i caratteri microscopici propri della decidua uterina.

Leopold Meyer (7) ci narra un caso che presenta qualche analogia col precedente. Nel dicembre del 1887 il M. fa una laparotomia per gravidanza tubo-addominale sinistra (feto al 5.° mese). L' anno dopo in

---

(1) Non mi fu dato di leggere il lavoro originale pubblicato nel N. 21 della *Gazette Obstetr.* del 1879.

(2) *Zeitschrift f. Gyn. u. Geb.*, vol. 17, parte 2, pag. 335.

(3) Non potei leggere il lavoro originale pubblicato in olandese. La rivista però riportata nel *Centralb. f. Gyn.*, del 1887 N. 3, pag. 44, è fatta accuratamente.

(4) *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, N. 52, pag. 870.

(5) *Brit. med. Jour.*, 1888, N. 1428.

(6) *München Klin. Wochens.*, 1890. N. 23. — *Iahresbericht* (1890) von Frommel. — Wiesbaden, 1891, pag. 117.

(7) Il caso è riassunto dallo stesso A. nel *Iahresb.* di Frommel pubb. nel 1891, IV anno a pag. 118-119.

settembre l'operata ha dolori vivi, emorragia vaginale e presenta all'esame un tumore della grossezza di una noce nella parte esterna della tuba destra, non isolabile dall'ovaio corrispondente. In ottobre si manifestano sintomi di una emorragia interna, si forma un ematocele retrouterino, e dai genitali viene espulsa una membrana che ha i caratteri della decidua.

Il prof. Winckel di Monaco (1) in una riunione di ginecologi tedeschi tenuta nel 1888 e nel resoconto della clinica da lui diretta delle annate dal 1884 al 1890, accennò a due gravidanze extrauterine d'epoca diversa nella stessa donna.

Un'osservazione molto accurata fu descritta dall'Olshausen (2). Fatta una laparotomia per una gravidanza extrauterina tubarica con rottura del sacco al 10.º mese si estrae il feto vivo quasi a termine. Un anno dopo si procede nella medesima donna ad una seconda laparotomia per emorragia grave da rottura dell'altra tuba gravida al secondo mese.

Nel 1892 si aggiunsero altre osservazioni nuove. Nel marzo dell'anno scorso il prof. Ott (3) presentò in una società ginecologica 4 preparati di gravidanze ectopiche tra i quali uno in cui eravi una gravidanza tubarica recente ed una antica.

Galabin (4) espose un caso di gravidanza tubarica doppia nella tuba sinistra prima, nella destra 10 mesi dopo e in cui il giorno prima della laparotomia, fatta con buon esito, si ebbe la rottura del sacco fetale tubarico di destra.

Mackenrodt (5) nella seduta alla Società d'Ostetricia e di Ginec. di Berlino dell'8 gennaio 1892 descrisse una doppia gravidanza tubarica a destra dapprima, che ebbe esito con rottura del sacco cui seguì lentamente la guarigione ritardata dall'insorgenza di una leggiera peritonite, a sinistra un anno e mezzo dopo che venne trattata colla laparotomia. Furono qui esportate ambo le tube. La donna guarì.

---

(1) *Centralb. f. Gyn.*, 1893. N. 3, pag. 54.

(2) Seduta del 5 febbraio 1889 della Soc. di Gin. di Berlino. — « Ueber extrauterinschwang, mit bes, etc. » *Deutsche med. Wochens.*, XVI, 1890, pag. 174.

(3) *Centralb. f. Gyn.*, 1892. N. 44, pag. 869.

(4) *Brit. med. Journ.*, 10 ott. 1892, pag. 732.

(5) *Centralb. f. Gyn.*, 1892. N. 7, pag. 123.

Un caso ancor più singolare venne più tardi descritto da Taylor (1). È il 2.º dei 6 casi studiati nel sottosegnato lavoro. Si trattava di una donna in cui per rottura del sacco di una gravidanza tubarica alla sesta settimana si era avuto la formazione di un ematocele. Due anni dopo si faceva nella stessa ammalata una laparotomia *in extremis* per anemia acuta da rottura del sacco di un'altra gravidanza ectopica di 5 settimane nella medesima tuba. Aperta la cavità peritoneale, si controllò non solo la diagnosi fatta, ma si potè ancora distinguere il punto in cui si era prodotta sulla tuba la prima lacerazione.

Un'osservazione che si avvicina per molte ragioni alle precedenti, dal lato scientifico però discutibile, sarebbe quella fatta da Hanks (2) e riferita all'Accad. di medicina di New-York. Con buon esito si era già curata colla corrente faradica una donna avente una gravidanza extrauterina tubarica sinistra. In seguito si faceva pure con buon esito nella stessa ammalata una laparotomia per rottura del sacco in una gravidanza tubarica destra che prima era stata curata senza vantaggio colla corrente galvanica.

Io ricordo che quando ancora era allievo interno nella Clinica Ostetrica di Pavia, il mio illustre maestro, il prof. Cuzzi, accennò ad una donna portante un litopedio la quale, gravida in seguito ebbe una gravidanza extrauterina. Nelle dispense che si sono pubblicate sulle lezioni del prof. Cuzzi il fatto è pure riferito. Per quanto io abbia cercato, non riuscii a trovare la memoria dalla quale il prof. Cuzzi trasse la notizia.

* * *

Nell'altro caso da me fatto argomento di studio si trattava di un litochelifo esportato felicemente per via laparotomica dal prof. Mangiagalli nell'ottobre di quest'anno. Scrivo la storia clinica della donna operata:

C. Giovanna, di 34 anni, filatrice, maritata, di Magenta, entra nell'Ospedale Maggiore il 22 settembre del 1893. La madre pare sia morta

---

(1) *Brit. gynaec. Jour.*, London, 1892-93, vol. VIII, pag. 168-192. — *Iahresbericht* (1892) v. Frommel; Wierb. 1893, pag. 147-158-159.

(2) Vedi Frommel. *Iahresbericht* (1892), ecc. Wiesb, 1893, pag. 155.

per una forma lenta polmonare. Se si eccettui la malattia per cui fu curata 9 anni fa e della quale dirò più avanti, stette sempre discretamente bene. La prima mestruazione, a 16 anni, e le successive furono sempre regolari. Fu mestruata ultimamente il 13 di settembre. Ebbe tre gravidanze di cui le prime due a termine con esito di parti eutocici e di puerperi afebbrili e l'ultima, nove anni or sono, susseguita da aborto al 4.° mese. Allora ricoverò, per l'abbondante emorragia avuta, all'ospedale. Questa cessò dopo tre giorni. Nè dalla paziente a domicilio nè all'ospedale, durante la breve degenza fattavi, si poterono vedere insieme al sangue parti che avessero aspetto di residui ovulari. Appunto da allora si manifestarono dolori dapprima leggieri, poi, a poco a poco, più vivi nei quadranti inferiori dell' addome. Cessata la perdita sanguigna, le mestruazioni ripresero regolari per periodi, durata e quantità.

In questi ultimi tre mesi i dolori si sono fatti continui e qualche volta acutissimi. Per questo la C. decise di venire all'ospedale di nuovo.

Oltre ai dolori vivi specialmente nel Q. I. di sinistra, la paziente ha tosse insistente senza escreati. Alvo chiuso. Urinazione normale; nell'urina non esiste albumina.

L'esame dà i seguenti risultati: sviluppo scheletrico normale, panicolo adiposo e masse muscolari poco sviluppate, sensi integri. Nulla al capo e al collo di notevole. Il torace è poco sviluppato ed appiattito dall' avanti all' indietro, le escursioni respiratorie sono limitate in ampiezza specialmente a sinistra dove esiste un leggiero infossamento delle fosse sopra e sottoclavicolari. Le respirazioni sono frequenti e superficiali. Alla percussione ipofonesi nella fossa sopraclaveare di sinistra dove si ascolta ancora l' espirazione aspra e un po' prolungata. L' itto della punta è visibile nel quinto spazio all' interno della mammillare. L' area plessica cardiaca è nei limiti e i toni sono puri. Sono nei loro limiti fisiologici il fegato e la milza.

L' addome, non disteso, è dolentissimo alla palpazione nei quadranti inferiore, specialmente nel Q. I. S. dove notasi una tumescenza a limiti definiti tondeggiante di consistenza un po' dura. I genitali esterni sono sani di pluripara. L' utero è ingrossato nel corpo e nel collo. La portio non è rammollita; l'orificio uterino esterno esteso trasversalmente è un po' beante. L' utero è retroflesso e fisso nella concavità sacrale da una massa essudativa che lo avvolge. In corrispondenza degli annessi di sinistra e separata dal margine sinistro dell' utero per mezzo di un solco ben distinto notasi una tumescenza della grossezza di un' arancia a limiti ben definiti, mobile nella sua totalità con superficie irregolare e di consistenza diversa nei diversi punti, dall' elastica alla cartilaginea. Sulla tumescenza si possono distinguere come due tuberosità delle quali una è più dura dell' altra. Anzi spingendo un dito un po' posteriormente nel fornice sinistro e tenendo colla mano esterna ben fisso il tumore

si può ben rilevare in un punto limitato una superficie angolosa di consistenza veramente ossea. Non si riesce a sinistra a palpare l'ovaio.

A destra dell' utero nulla rilevasi di notevole all'esplorazione.

Per i dati anamnestici e per quelli rilevati coll'esame obbiettivo si fa diagnosi di litopedio. L' ammalata quando entrò nell' Ospedale era febbricitante (39. 3). In seguito però fino al giorno 27 di settembre rimase apirettica. Al 1.° di ottobre ebbe un nuovo rialzo di temper. (38. 3). Del resto stette sempre bene. Come cura locale le si fecero temporaneamente applicazioni di ictiolo, esterne e vaginali.

Le condizioni generali della paziente e la temperatura che ad intervalli subì delle oscillazioni ascendenti, forse dovute anche al processo polmonare già iniziato, consigliarono di differire l'operazione. Insistendo l' ammalata perchè i dolori addominali si erano resi vivissimi ed essendosi dalla fine di settembre, le condizioni generali migliorate, il professor Mangiagalli si decide per la laparotomia che si fa il giorno 6 di ottobre.

L' ammalata venne operata nella posizione di Trendelemburg. L'operazione durò meno di mezz'ora ed ogni cosa procedette in modo affatto regolare. Si accertò così la diagnosi stabilita prima.

Il litopedio era adagiato nel cavo peritoneale a sinistra unito per un peduncolo piuttosto sottile cogli annessi dello stesso lato, avvolto quasi in modo completo dall' omento e aderiva per un tratto ad un' ansa intestinale. Fatte numerose legature in corrispondenza dei punti in cui eravi connessione coll'omento e isolato da questo il feto, venne liberata l' ansa intestinale ad esso aderente. Si fece una legatura frazionata del peduncolo costituito dagli annessi di sinistra e così reso libero il litopedio venne esportato. Toilette del cavo peritoneale e sutura delle pareti addominali. Adagiato, come ho detto, nel cavo peritoneale il litopedio aveva i seguenti rapporti. Il dorso era rivolto all'avanti e un po' in alto. L' estremo cefalico verso l' interno, il podalico verso l'esterno. In vicinanza del fornice laterale di sinistra trovavasi il ginocchio sinistro ripiegato ad angolo. L'estremo podalico era ad un livello più basso dell'estremo cefalico. In undicesima giornata dopo un decorso post-operativo affatto normale si levarono i punti di sutura in seta. Il coalito è perfetto. L' ammalata sta sempre bene.

Alla fine di ottobre, 25 giorni dopo l'atto operativo, si ebbe un leggiero rialzo di temperatura in rapporto con una esacerbazione nelle manifestazioni dell'apparato respiratorio già notate. Per questo la operata rimane in Comparto ancora ai primi di novembre, quando io lascio la clinica del prof. Mangiagalli.

Il pezzo esportato misura cm. 10 di lunghezza, 7, 5 di larghezza e pesa gr. 176 (fig. 1).

È costituito da due parti ben distinte. Da un feto e da un tumore

sferico del diametro di circa cm. 6 compreso tra la regione addominale e gli arti inferiori del feto, avente una superficie regolare e liscia di consistenza fibrosa. La lunghezza del feto dal vertice al sacro è di cm. 12. 5; quella dei femori di cm. 4, 5, quella delle tibie di cm. 4. La testa è ripiegata sul tronco, la colonna vertebrale è fortemente incurvata all' avanti, le braccia sono piegate sul torace e non incrociate tra di loro. Il femore destro è piegato ad angolo retto sul bacino; le ossa della gamba destra sono piegate ad angolo acuto sul femore. Il femore sinistro è fortemente addotto e portato allo indietro tanto che passa dal lato destro del feto in modo da raggiungere col ginocchio piegato ad angolo acuto il punto dove si trova il piede destro. Le ossa poi della gamba sinistra ritornano sulla linea mediana (e qui risulta visibile tale punto nella sezione sagittale che ha colpito le ossa della gamba tra il 3.° superiore e i 2[3 inferiori), per portarsi posteriormente e sul lato sinistro dell' accennato tumore.

Il tumore e il feto sono ricoperti da una membrana continua visibilmente anche nei punti di passaggio tra l' uno e l' altro. Da essa sono avvolti anche completamente gli arti, se si eccettui quello inferiore di destra dove invece, specie nei punti angolosi, la continuità è interrotta. Infatti i 2[3 inferiori del femore destro e ambe le ossa della gamba destra sembrano indipendenti. È ben manifesto però il punto in cui le membrane devonsi essere lacerate e qui si può sollevare il lembo risultante e constatare che esso è in connessione col resto delle membrane.

Le ossa del feto non sono ricoperte da parti molli, se si eccettuino alcuni punti, come ad esempio le fosse sopra e sotto spinose. Le ossa degli arti sono ben visibili nella loro totalità; così anche le scapole e le coste. Le vertebre sono pur manifeste ed il sacro spicca, messo quasi a nudo, al disotto del rivestimento membranoso.

Essendo la testa fortemente flessa, delle ossa del cranio solo sono ben spiccati i parietali. La scaglia dell' occipitale fu esportata durante l'atto operativo avendo servito di presa nelle trazioni esercitate. In questo punto appare allo scoperto la dura madre. Qua e là sul tumore al davanti del feto come pure sul feto nelle regioni occipitale, cervicale, scapolare, lombo sacrale, notansi dei lembi più o meno grossi di tessuto rappresentanti i punti ove furono tagliate le aderenze esistenti tra il feto e l'omento. Sul polo poi inferiore del tumore, nella metà destra, vedesi un condotto beante il quale si impianta per così dire su di esso condotto che, unitamente a dei lembi di tessuto cellulo adiposo vicino, formava il peduncolo di unione tra il pezzo completo e gli annessi di sinistra.

Faccio una sezione sagittale (fig. 2) interessante il tumore e il feto e passante dall'alto in basso, *all'avanti* sulla metà del cranio, tra le 2 orbite, in vicinanza all'arto superiore di sinistra e sul tumore che viene

così tagliato secondo il suo asse maggiore in due metà e *all' indietro* su un punto mediano della base dell'occipitale sulla linea paravertebrale di sinistra, in corrispondenza dell' articolazione sacro-iliaca di sinistra sul femore e sulle ossa della gamba di sinistra e di nuovo sulla tumescenza.

Dalla cavità cerebrale la sostanza nervosa, spappolata per la lunga conservazione del pezzo in una soluzione acquosa cromica, in parte fuoriuscì quando del pezzo sezionato si fece la figura. La superficie della sezione sagitttale di colorito bianco sporco presenta, come nel disegno ben visibili le cavità del corpo e le diverse parti cadute sulla linea di taglio. Colla sezione sagittale ancora fu colpito il rapporto diretto tra il tumore e l'addome fetale, rapporto costituito da un cordone del diametro di mill. 2. Questo cordone che partiva dal contenuto del tumore come a ventaglio si immetteva nell'addome fetale a livello del bellico. Questo particolare risulta anche dalla figura. La tumescenza si presenta, così sezionata, con un contenuto grigio di aspetto fibroso non spappolabile, ma solo divisibile in filamenti intricati.

Il rivestimento del tumore è dato da una membrana dello spessore di circa 2 mill., nella quale macroscopicamente si possono isolare due strati, uno esterno molto sottile, uno interno di maggior spessore, il quale staccato sul contenuto mostra d' essere ad esso unito per mezzo di trabeccole che si spingono nell'interno e che lo separano come in tante piccole concamerazioni.

Ho procurato di fare del pezzo anatomico un esame istologico completo. I frustoli di tessuto che si trovavano in corrispondenza del dorso del feto, sulle regioni cervicale e lombare, sulla linea di divisione del feto e della tumescenza, a sinistra un po' posteriormente e a destra vicino ad uno degli arti inferiori e che erano i residui delle aderenze contratte dal litopedio coll'omento, risultarono costituiti di tessuto connettivo con pochissimi vasi sanguigni.

Un reperto più interessante invece diede l' esame del tratto che unito agli annessi di sinistra formava il vero peduncolo del pezzo esportato. Come ho già detto qui macroscopicamente si vedeva un condotto beante il quale si impiantava sul tumore a pieno canale circondato da un manicotto sottile di tessuto pieno.

Il cordone che aveva un diametro di 4 mill. nella sua superficie di sezione all'esterno era completamente isolato mentre nel suo punto d'impianto era strettamente unito al tumore. Le sezioni vennero fatte su tratti diversi, dove cioè il canale era completo e dove quest' ultimo si impiantava sul tumore. Dall'esterno all' interno rilevansi i seguenti particolari: uno strato piuttosto spesso composto di fibre connettivali stipate disposte prevalentemente in senso longitudinale commiste a qualche fibra elastica e in continuazione delle fibre dello strato più periferico della tu-

mescenza. In questo strato si vedono pochissimi vasi tagliati per traverso e piccolissime granulazioni isolate o a piccoli gruppi di forma arrotondata e molto rifrangenti. Hanno queste un colorito opalino splendente e specialmente nelle sezioni tinte coll'ematossilina spiccano sulla colorazione bleu nucleare. Dette granulazioni del resto sono ben manifeste anche nelle sezioni tinte col carminio alluminico e col picrocarminio. Coll'aggiunta di acido cloridrico danno luogo allo sviluppo di bollicine gazose. Al disotto dello strato connettivale vedesi uno strato più grosso di fibre muscolari liscie prevalentemente circolari e visibili appunto sulla superficie di sezione tagliate longitudinalmente. All' interno si rileva la presenza della mucosa ricoperta da epitelio cilindrico. Il lume è beante con forma ovale allungata e relativamente ampio. In esso notansi delle ripiegature secondarie numerose, limitanti delle piccole cavità che in parte sono in manifesta comunicazione col lume centrale, in parte invece hanno un contorno apparentemente completo. Specialmente su queste ripiegature l'epitelio è molto ben conservato, mentre pur essendo per un gran tratto visibile attorno al lume centrale non è esteso a tutta quanta la sua superficie di contorno. Nei punti ancora in cui l'epitelio è caduto e in cui è messo a nudo il tessuto sottomucoso di sostegno la tuba non presenta i dati proprî di un'alterazione infiammatoria. Non esiste infatti punto infiltrazione anche limitata di cellule rotonde, infiltrazione caratteristica per questi processi e che ho anche avuto campo di osservare nell'esame dell'altra tuba gravida della quale già mi sono occupato.

La tuba abbracciava, come dissi, colla sua parte esterna, a padiglione, la tumescenza come risulta del resto anche da poche sezioni in serie fatte nel punto d' impianto. In queste sezioni la tuba si fa incompleta e dimostrabile solo come per un arco di cerchio.

In un tratto un po' lontano dal detto peduncolo esaminai le pareti della tumescenza, il contenuto di essa unito alla parete e i sepimenti che dalle pareti si spingevano in diverso senso nell' interno.

Dall'esterno all'interno notasi uno strato spesso di tessuto connettivo, il quale si può manifestamente dividere in un tratto più esterno sottile contenente fibre elastiche ed uno più interno e più grosso in cui le fibre connettivali sono meno stipate e in cui mancano le fibre elastiche. Da quest'ultimo tratto partono dei setti che furono colpiti anche in parecchie sezioni nel loro punto di origine, i quali si infossano nell' interno del tumore e che sono costituiti come lo strato da cui derivano da fibre connettivali però un po' più stipate. Specialmente in corrispondenza della lamina fibrosa esterna trovansi depositati numerosi granuli che hanno le caratteristiche già descritte e che sono costituiti di carbonato di calce. Pochi granuli sono disseminati nel tessuto connettivo più interno, non esistono invece affatto nè sui setti nè tra gli elementi costitutivi del contenuto del tumore. Tutta la massa di questo è dovuta a villi coriali

ben conservati e visibili tanto nei preparati freschi fatti per dilacerazione colla loro forma arborescente, quanto nelle sezioni dove furono colpiti secondo direzioni diverse. Ben visibile è anche il loro rivestimento epiteliare.

Non mi fu possibile, per quanto io abbia completamente sezionato un pezzo corrispondente al punto dove nel preparato fresco si era riscontrata una disposizione anatomica richiamante quella propria del cordone ombelicale, di trovare qualcuno degli elementi di esso. Potei invece studiare il passaggio delle membrane dalla placenta al feto. Appunto qui è visibile l'aggiunta agli esistenti di un elemento nuovo al disotto di uno strato connettivale spesso in continuazione collo strato di connettivo rivestente la placenta, l'aggiunta cioè dell'amnios che poi va col corion a ricoprire completamente la superficie fetale.

Anche a ridosso del feto notansi le fibre connettivali esterne farsi più stipate. Qui però mancano le fibre elastiche.

Vennero da me praticate delle sezioni sulle parti molli rivestenti da una parte il torace del feto e dall'altra il dorso all' altezza precisamente delle fosse sotto spinose. L'esame dei preparati mostra visibili le membrane fetali, il corion cioè e l'amnios e, nelle sezioni dorsali, dei fasci di fibre muscolari tagliate per trasverso e disposte su una linea sola. Tanto nello strato connettivale esterno sulla restante parte del corion come nell'amnios ben manifesta è l'infiltrazione calcarea coi dati di cui dissi, mentre anche in altri punti dove le parti molli proprie del feto erano discretamente conservate, non si potè affatto constatare nemmeno l'inizio di questo processo. Delle meningi la dura madre ben conservata era alquanto inspessita. La sostanza cerebrale molto spappolabile in gran parte coll'immersione nei liquidi fissatori era uscita fuori dalla cavità del cranio. Gli altri organi invece sono ben conservati. Nell' intestino ad esempio, del quale alcune anse risultarono tagliate per trasverso nella sezione sagittale, i villi della mucosa hanno conservato ancora il loro epitelio.

Quantunque tanto la lunghezza quanto il peso del feto siano inferiori alle medie che si hanno per i feti alla fine del 4.° mese, dati il processo dal quale il feto era stato colpito (1) e alcuni caratteri quali ad es. la placenta già formata, le palpebre ben manifeste, la lunghezza degli arti, ecc., dobbiamo ritenere che il feto avesse appunto tale età.

---

(1) Anche A. Oppel ricorda questo fatto del resto tanto naturale almeno nella prima decade. « Ueber einen Fall von Lithopädion. » *Munch. med. Woch.*, V. pag. 25 e tabella a pag. 24.

Prima dell'insorgenza della gravidanza extrauterina la donna aveva avuto 2 parti a termine susseguiti da puerperî afebbrili. Uno dei momenti eziologici sul quale molti fanno assegnamento per l'interpretazione della gravidanza ectopica verrebbe qui a mancare. Circostanza però questa che non è nuova (1) e che può servire ad una interpretazione già altrove riferita.

La donna ancora da 9 anni non ha più concepito. Questo esito, che convalida un'osservazione di Hecker, è il più frequente. Esistono però molti casi, oltre quelli già riferiti ed eccezionalissimi di gravidanze extra-uterine ripetute, di gravidanze extra-uterine preesistenti a gravidanze intra-uterine. Di questi fatti osservati [mi limito a dire che nella letteratura sono descritti a tale proposito molti casi, tra i quali uno di G. B. Fabbri (2), ed uno di Petrunti (3)] non mi occupo.

Dai rapporti dimostrati, dall'esame anatomico fatto, essendosi trovate le membrane complete e infiltrate di sali calcarei mentre al disotto di esse il corpo del feto anche nelle sue parti superficiali non partecipava a tale processo, posso concludere che il litopedio apparteneva secondo la divisione citata di Kückenmeister, alla categoria dei litochelifi e proveniva da una gravidanza tubo-addominale. E notisi che in questo caso la placenta era completamente conservata. Valga questo in appoggio all' idea, ormai prevalente, che le gravidanze extra-uterine primitivamente addominali sono quasi tutte infirmabili e portate avanti in genere in seguito ad un incompleto esame anatomico.

Il litochelifo che ho avuto l'opportunità di studiare, ha dei punti di contatto tanto per l'aspetto esterno quanto per alcune particolarità relative alla sua struttura con altri litopedî ben noti; con quello descritto da Martin nel 1878 (4), con un secondo esistente nell'Istituto Ostetrico di Dresda e illustrato dal Wyder (5) e con un terzo infine osservato dal Kückenmeister che formò la base dello studio da lui fatto sull'argomento (6).

---

(1) Anche in un caso osservato da Frommel mancava qualunque dato che potesse far pensare ad una pregressa perimetrite. Vedi Engström, loco citato, pag. 203.

(2) *Boll. della Soc. Med. di Bol.*, 1862; s. 4; XVII, pag. 452-454.

(3) Corradi, loco citato., pag. 1045.

(4) « Ein durch Lapar. entfernt Lith. » *Zeits f. g. u. Gyn.*, 1878, vol. III, pag. 398, tav. IV.

(5) Kückenm., loco citato, pag. 253-254. Nella tabella porta il N. 38-a. Tav. VI.

(6) Idem, pag. 168-171 — pag. 255 e seguenti. Tabella N. 23, tav. V.

Diceva che ha dei punti di contatto col litopedio del Martin. Il disegno posto a corredo del lavoro di M. corrisponde infatti al litochelifo da me studiato. Anche in quello si vedono manifestamente tanto le parti scheletriche e i visceri fetali quanto la placenta che appunto si trova aderente alla parte anteriore del tumore avvolta, col feto, da uno strato fibroso continuo. Sul feto esistevano anche qui le membrane ben differenziabili e calcificate. L'età ancora del litopedio, le dimensioni sue e alcune particolarità istologiche sono identiche nell'un caso e nell'altro. Il Ruge però trovò l'infiltrazione calcarea qui perfino nei villi coriali. Il litochelifo di M. sarebbe rimasto nell'addome 7 anni (o 2 anni?) I dati anamnestici a tale riguardo sono incompleti.

All'aspetto ancor di più assomiglia al litopedio nostro il litopedio di Dresda. Qui però mancava completamente la placenta e l'infiltrazione calcarea iniziatasi nelle parti profonde non aveva interessato le membrane, ma solo la superficie cutanea del feto. Qui dunque si trattava di un vero litopedio.

Nel litochelifo infine del Kückenmeister in cui persistevano la placenta e le membrane infiltrate di sali calcarei molti particolari macro e microscopici corrispondono a quelli da me descritti.

Non è quindi punto strano che un litopedio possa conservarsi molti anni, il nostro datava da 9 anni, quello di K. da 57 anni, pur rimanendo integre le membrane, conservata la placenta e distinguibili all'esame poi i tessuti degli organi interni. Studi a questo proposito furono molti anni fa e anche recentemente pubblicati. Cito solo un lavoro di un grande italiano — del Mascagni — comparso da molto tempo, citato dal Kieser e dal Kückenmeister e più volte dal Corradi il quale trascrive i particolari del reperto anatomico (1). Anche qui benchè il litopedio datasse da 14 anni la placenta, quantunque coartata e piccolissima, era ben distinta.

Ricordo a proposito dei litopedi nei quali era conservata la placenta altre osservazioni. Quella di Hans Chiari nel 1876 (2), quella di Varnier e Mangin già notata. Anche nel famoso litochelifopedio di Leinzell (3), nel litochelifo di Langensalz (4), in quelli descritti nel 1849 dal Vir-

---

(1) Loco cit., pag. 1014-1015-1017-1060.

(2) *Wiener Medizin Woch.*, 1876, N. 42, pag. 1024.

(3) Kückenm., loco cit., pag. 173-176. Caso n. 26.

(4) Idem, pag. 157. Caso n. 4.

chow (1) e dal Platzer nel 1866 (2), nel litochelifopedio del Oppel (loco cit., N. 1, pag. 4) eravi questa particolarità.

Ed ora vediamo quale può essere il processo per cui il prodotto del concepimento può trasformarsi nell'organismo materno a poco a poco in un litopedio.

Ricordando qui quanto in patologia generale si è scritto a proposito del processo regressivo noto col nome di infiltrazione calcarea, non possiamo fare che delle ipotesi perchè le cause della precipitazione dei sali nei tessuti in cui già è spenta l'attività nutritiva o in cui questa è diminuita non sono ben note.

Nelle gravidanze extra-uterine tubariche, che sono le più frequenti, in genere il feto muore prima della fine della gravidanza ed è appunto allora che, essendo il feto morto, entrano in scena quasi sempre le contrazioni dell'utero, le quali non accompagnate di solito da dolori molto vivi possono determinare l'espulsione della decidua uterina, e la rottura dol sacco fetale. Questo bene inteso in modo non assoluto. In alcuni casi, meno numerosi però di quello che vorrebbe Cohnstein (3), la espulsione della decidua uterina non avviene e in altri casi ancora la rottura della tuba non ha luogo. Se avviene la rottura della tuba il feto può essere spinto nella cavità addominale e qui andare incontro a processi di diversa natura. Rarissimo è il caso che, rimasti quasi inalterati i rapporti tra la madre e il feto, quest'ultimo possa ancora svilupparsi. Per altro osservazioni di questo genere sono note. Più di frequente, diceva, si ha un opposto risultato. E allora il prodotto del concepimento può a poco a poco venir riassorbito, e questo riassorbimento, che anche recentemente fu osservato dal nostro Giacomini studiando in alcune uova il coeloma esterno e il magma reticularis, si può in certo modo spiegare. Altre volte invece il feto non riassorbito può andare incontro ad alcune fasi regressive. In seguito a processi flogistici può trasformarsi in una sostanza polimorfa che poi a poco a poco attraverso a seni fistolosi passa all'esterno. Altre volte invece il feto passando colle membrane o affatto libero nella cavità peritoneale può rimanere in *situ* semplicemente

---

(1) Idem, pag. 164. Caso n. 13.

(2) Idem, pag. 166. Caso n. 16.

(3) *Archiv. f. Gyn.*, vol. XII, parte III.

come corpo passivo in cui la funzione nutritiva è completamente abolita o profondamente alterata. In questi casi si stabiliscono delle pseudo membrane che tengono poi il corpo estraneo in connessione colle parti vicine. Il liquido amniotico, se già non fu versato, è il primo a venir riassorbito; sono riassorbiti poi i liquidi che trovansi nella compage dei tessuti. Per questo processo, qualora non entrino in scena altre condizioni, il feto può mummificare nello stesso modo che può mummificare, date circostanze speciali, anche nell'interno dell'utero. Se però esistono condizioni favorevoli, i tessuti subiscono un altro processo, una degenerazione adiposa.

Tanto però nel feto che è in via di mummificazione quanto in quello che è in via di degenerazione adiposa può iniziarsi la calcificazione.

Della degenerazione calcarea delle cellule gangliari dei centri nervosi il prof. Golgi, se ben ricordo, ammetteva come causa o una comune infiammazione, o una impedita alterazione o alterata nutrizione o una contusione. Ora le tre ipotesi credo possano soddisfare anche nell'interpretazione dei litopedi.

Che esistano dei sali calcarei in condizioni di poter essere poi depositati, mi pare razionale l'ammetterlo. La donna gravida si trova appunto nelle condizioni di dover avere in sè tutti i principii che devono dar luogo anche allo sviluppo delle ossa del feto. Chè anzi il fatto da me constatato, e suffragato da altre osservazioni, in cui in un tempo relativamente assai breve (1.° caso) il processo ha avuto luogo, credo non debba che dar valore a questa supposizione.

Ma quale è la causa per cui i sali calcarei si depositano? Questa deve sussistere nel feto che ha, appunto perchè ha cambiato sede e perchè è morto, alterata o spenta la sua attività nutritiva.

È noto dalla patologia generale come nelle arterie e non già nelle vene, sulle valvole del cuore sinistro e non già su quelle del cuor destro, sui glomeruli renali che portano sangue arterioso, si producano con predilezione le incrostazioni calcaree. Per quanto non sia ben dimostrata e si tenda anzi a negare da alcuni l'azione che può a tale proposito determinare l'acido carbonico in eccesso, tuttavia questa idea deve pur avere qualche valore.

Qui in un corpo dove il ricambio non avviene o, se avviene, avviene in modo affatto insignificante, la produzione del gaz derivante dalla com-

bustione vitale sarà minima o mancherà affatto, mentre non è nemmeno minima la produzione di esso e la quantità di esso che passa anche nel sangue arterioso. Ma c'è di più. Altri dati non meno importanti si possono invocare. Il fatto della presenza di un corpo estraneo, ammettiamo anche per natura suo passivo, può determinare e dar luogo ad una infiammazione leggiera locale; le storie cliniche dei litopedi ben la dimostrano, infiammazione che può poi agire sul prodotto del concepimento caduto nell'addome, dando così per risultato quella condizione predisponente alla degenerazione calcarea che fu invocata per le cellule gangliari dei centri nervosi.

Ed ora faccio punto. Prima però di finire credo per me doveroso ringraziare ancora il prof. Mangiagalli e il prof. Calderini che mi hanno aiutato, mettendo a mia disposizione i libri delle loro biblioteche, nelle ricerche necessarie per rendere meno imperfetto questo mio studio.

I due casi che io ho avuto l'opportunità di pubblicare, e dei quali i preparati anatomici si conservano nella sezione anatomo-patologica dell'Ospedale Maggiore di Milano annessa al Comparto Ostetrico-Ginecologico, credo non privi di un certo interesse dal lato clinico e scientifico.

Per questo spero di non aver fatto cosa inutile pubblicando questo mio lavoro.

Milano, 31 ottobre 1893.

INDICE DELLE FIGURE.

N. 1. Massa placentare.
» 2. Membrane rivestenti la placen.
» 3. » rivestenti il feto.
» 4. Grande fontanella.
» 5. Cavità cerebrale.
» 6. Base del cranio.
» 7. Cavità dell'orbita destra.
» 8. Cavità boccale.
» 9. Intaccatura del collo.
» 10. Cavità toracica.
» 11. Sezione delle coste.
» 12. Sezione delle vertebre dorsali.
N. 13. Diaframma.
» 14. Cavità addominale.
» 15. Intestino.
» 16. Aderenze staccate del tumore.
» 17. Bacino del feto (metà sinistra).
» 18. Sezione del femore sinistro.
» 19. Sezione delle ossa della gamba sinistra.
» 20. Ombelico.
» 21. Funicolo.
» 22. Frontale sinistro.
» 23. Parietale sinistro.

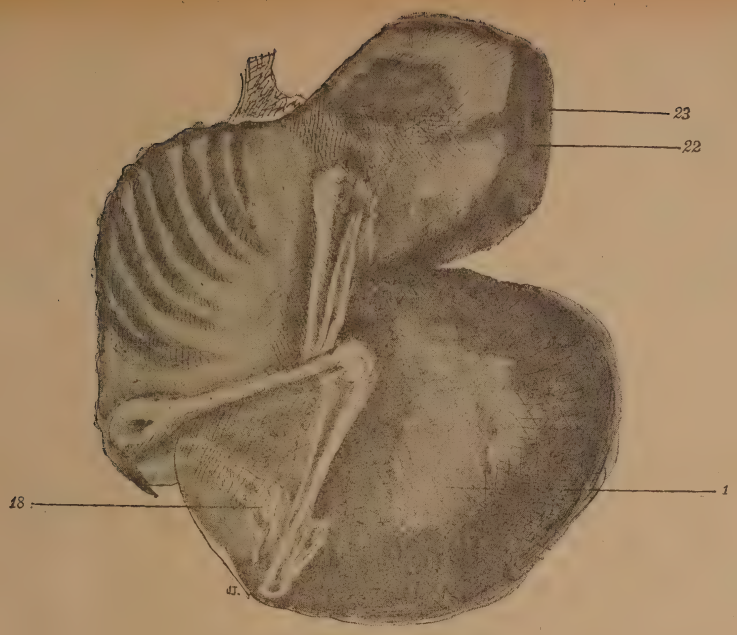


FIG. I. — Litochelifo visto di fianco.

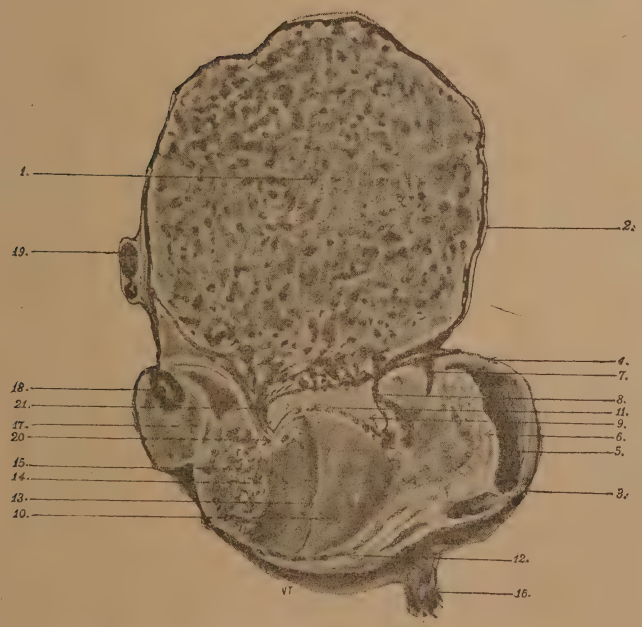


FIG. II. — Sezione frontale del litochelifo e della placenta

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI MESSINA

Rendiconto degli anni scolastici 1891-92 e 1892-93

PEL

Prof. ROSARIO PUGLIATTI

Tra gli svariati obblighi, che incombono al Direttore d'un Istituto clinico, v'è anche quello di rendere conto del proprio operato ed esternare quanto avvenga nel movimento clinico.

Rispetto all'*antisepsi* nell'Istituto si tengono le norme seguenti: Il personale addetto alla Clinica, gli studenti e le allieve levatrici, per disinfettarsi le mani e le avambraccia, adoperano sempre una soluzione di sublimato corrosivo all'1 per 1000.

Riguardo poi all'antisepsi delle gravide e delle partorienti, s'adopera invece una soluzione al bicloruro di mercurio all'1 per 2000. Nei casi di donne oligoemiche od affette da nefropatie si usa una soluzione di solfofenato di zinco al 5 p. 100 o d'acido borico depurato al 5 p. 100.

Il numero delle gravide e partorienti ricoverate in questo Istituto ostetrico-ginecologico nell'anno scolastico 1891-92 è molto esiguo, mentre nell'anno scolastico 1892-93 è significantemente maggiore.

Quale la ragione di tanto?

Nell'anno scolastico 1891-92 un certo numero di gravide passò nelle sale dell'Ospedale. Ciò non solo lese i diritti della Clinica, ma bensì danneggiò l'insegnamento, dando un materiale clinico minore. Oggi con la nuova Deputazione, composta dagli Ill.mi Cav.ri Signori Avv. Domenico Calapai, Avv. Prof. De Cola-Proto e Prof. Trombetta, tutto l'inconveniente in parola cessò totalmente.

Ed invero ciò viene confermato dal movimento clinico degli anni scolastici 1891-92 e 1892-93.

Dal 1.° dicembre al 30 giugno 1892 notiamo 79 ricoverate, delle quali 74 gravide o partorienti e 5 affette da malattie ginecologiche, delle 74 gravide 33 Ipare e 41 pluripare. Dal 2 dicembre 1892 al 30 giugno 1893 sono accolte 123 donne, delle quali 121 gravide o partorienti e 2 affette da malattie nell'apparecchio genitale. Delle 123 gravide 45 primegestanti e 78 pluripare.

Riassumendo, iu tutto il biennio sono accolte 204 donne, delle quali 197 gravide o partorienti (78 primipare e 119 pluripare) e 7 affette da malattie nella sfera sessuale.

Quanto all'età le primipare vanno comprese fra i 16 ed i 40 anni, con una media di 22 anni, le pluripare tra i 19 ed i 45 anni, con una media d'anni 29 1[2.

Delle 78 primipare, 71 partoriscono spontaneamente, osservando 69 presentazioni di vertice in O. I. S. A. ed una in O. I. D. P., inoltre una presentazione podalica incompleta (varietà natiche) in S. I. S. A.; per le altre 7 è necessario l'intervento dell'arte: in tre si ricorre al *parto prematuro artificiale,* in una all'*estrazione manuale,* in tre all' *applicazione del forcipe.*

Delle 119 pluripare 109 partoriscono spontaneamente, osservando 105 presentazioni di vertice in O. I. S. A., due presentazioni podaliche incomplete (varietà natiche) in S. I. S. A. e 2 presentazioni di faccia in M. I. S. A.; nelle altre 10 sono necessarii i mezzi artificiali: in una si pratica l'*estrazione del feto* mercè l'*uncino ottuso,* in due il *rivolgimento podalico classico,* in una l' *estrazione manuale,* in tre l' *aborto,* in una l'*embriotomia* ed in due il *forcipe.*

OSTETRICIA

OPERAZIONI.

Versione con manovre miste.

I. Anno scolastico 1891-92. N. 41. — C. C., d'anni 31, da Oppido, IIpara, entra in Clinica, il 25 febbraio 92, in travaglio di parto con un feto in presentazione di Sp. D. in C. I. S. — Dilatazione della bocca uterina 4 cm., membrane rotte. — Si fa la versione con manovre miste, abbassando il vertice; fasciatura

immediata. Il parto si verifica in presentazione di V. Il feto pesa gram. 2620. Puerperio normale.

Versione cefalica con manovre esterne.

I. Anno scolastico 1892-93. N. 1. — S. F., d'anni 19, casalinga, Ipara, entra in Clinica, il 15 novembre 92, al principio del nono mese di gestazione. Constatata una presentazione podalica si pratica la versione cefalica con manovre esterne. — Il parto ha luogo il 2 febbraio 93 in presentaztene di V. in O. I. D. P.

Forcipe.

I. Anno scolastico 1891-92. N. 59. — S. D., d'anni 40, da Monforte, Ipara, entra in Clinica il 9 aprile 92. Il parto si verifica nella stessa giornata in presentazione di V. in O. I. S. A. Per la grave resistenza del perineo, da dovere cloroformizzare la donna, s'interviene con il forcipe nello scavo. Segue una lacerazione del perineo di 1.° grado. Perineorrafia con due punti. Puerperio normale.

II. Anno scolastico 1892-93. N. 56. — L. M., da S. Piero Patti, nubile, d'anni 21, Ipara, entra in Clinica il 23 febbraio 93. — Il 18 marzo 93, alle ore 5 comincia il periodo prodromico del parto. Alle ore 9 1[2 si rompono le membrane artificialmente, ma a causa d'inerzia uterina la testa del feto s'arresta nello scavo. S'interviene con il forcipe e s'estrae un feto, di sesso maschile, asfittico, non rianimatosi, del peso di gram. 3370. Si danno cinque punti di sutura per lacerazione del piccolo labbro destro. Puerperio fisiologico.

III. Anno scolastico 1892-93. N. 67. — V. A., d'anni 40, casalinga, entra in Clinica in soprapparto il 17 marzo 93. Addome molto sviluppato con un solco nella linea mediana. Al palpamento si riscontrano due feti, uno a destra e l'altro a sinistra, entrambi in presentazione di V. Battito cardiaco fetale ne' quadranti inferiori. Il periodo prodromico del parto s'inizia alle ore 1 del 17 marzo. La rottura delle membrane avviene dopo due ore a dilatazione uterina di 3 cm. Essendovi procidenza di funicolo, inerzia uterina e dilatazione completa, s'applica il forcipe nello scavo, estraendo il primo feto di sesso femmineo, asfittico, rianimatosi con la respirazione artificiale. Subito dopo s'applica il forcipe anche nello scavo, estraendo il secondo feto, di sesso maschile. Il primo del peso di gram. 1800, il secondo di gram. 2100. Placente separate, quella del primo feto pesò gram. 280 quella del secondo gram. 400. La donna nel terzo giorno del puerperio sentì alla sinfisi pubica intenso dolore, che s'aumentava nel divaricare le cosce, probabilmente per lieve diastasi de' pubi. Nel resto il puerperio decorse normale. La donna lasciò la clinica il 29 marzo.

IV. Anno scolastico 1892-93 N. 65. — L. M., d'anni 28, casalinga, entra in

Clinica il 13 marzo 93. S'inizia il parto alle ore 9 del 13 marzo, la rottura delle membrane avviene alle ore 17.30. Per inerzia uterina s'applica il forcipe del Simpson allo stretto inferiore e s'estrae un feto, di sesso femminile, in buono stato di salute, del peso di gram. 3100. Puerperio fisiologico.

V. Anno scolastico 1892-93. N. 123. — G. A., d'anni 38, da Scaletta, IIpara, casalinga, entra in Clinica in soprapparto, alle ore 22 del 28 giugno 93. Si fa *diagnosi* di feto morto in presentazione di V. in O. I. S. A. inchiodato nel bacino, con dilatazione completa della bocca dell'utero e con membrane rotte da ventiquattr'ore. Per inerzia dell'utero e per resistenza del perineo s'applica il forcipe del Tarnier nello scavo. Si fanno validissime trazioni e s'estrae un feto del peso di gram. 3800. Puerperio normale.

Emrriotomia.

I. Anno scolastico 1891-92. N. 38. — C. A., d'anni 23, da Massa S. Nicolò (Messina), IIpara, entra in Clinica il 18 febbraio 92, in travaglio di parto. S'osserva procidenza del cordone ombellicale e presentazione della faccia in M. I. S. A., inchiodata nello scavo con assenza di battito cardiaco fetale. Si procede alla craniotomia col perforatore del Blot che attacca l'osso frontale nel suo centro. S'applica quindi il cranioclaste del Braun che va a comprendere nel suo morso la porzione frontale bassa e tutta la faccia lungo il diametro naso-mentoniero. Momentaneamente viene estratto il feto del peso di gram. 3300. Puerperio fisiologico.

Estrazione manuale della placenta.

I. Anno scolastico 1891-92. N. 25. — D. C., d'anni 43, da Messina, IXpara, entra in Clinica il 23 gennaio 92, dopo avere espulso solamente il feto. Per improvvida somministrazione di 2 grammi di segale cornuta dalla Levatrice l'utero cade in tetanismo ed in queste condizioni si procede con grande difficoltà ad estrarre la placenta puzzolente priva del cordone ed aderente al fondo dell'utero. Indi si praticano delle irrigazioni endouterine con una soluzione al sublimato. Gli organi genitali esterni si presentano fortemente contusi ed in parte mortificati. Guarigione.

II. Anno scolastico 1892-93. N. 13 (Vedi caso I. Rivolgimento podalico classico). Dopo l'estrazione del feto per inerzia uterina si dovette estrarre la placenta.

III. Anno scolastico 1892-93. N. 20. — F. M., d'anni 20, da Siderni (Calabria), casalinga, entra in Clinica il 27 dicembre 92. Alle ore 12 del 28 gennaio 93 partorì un feto, di sesso femminile, con asfissia di primo grado, rianimatosi, del peso di gram, 3000. Per inerzia uterina si ricorse al secondamento artificiale.

IV. Anno scolastico 1892-93. N. 87. — (Vedi caso II. Rivolgimento podalico classico). Dopo l'estrazione del feto per inerzia uterina s'estrae arlificialmente la placenta.

Parto prematuro artificiale.

I. Anno scolastico 1892-93. N. 8. — C. R., da S. Giorgio (Calabria), d'anni 20 casalinga, Ipara, entra in Clinica il 3 dicembre 92. Genitori sani e di buona conformazione scheletrica. Fratelli e sorelle anche bene conformati. La donna cominciò a deambulare a 3 anni e continuò fino all'età di 6 anni. A quest'epoca cadde da una scala, alta 5 metri e d'allora in poi non potè più camminare e fu costretta a stare assisa sovra una sedia fin a 12 anni, perchè nella stazione eretta risentiva dolori acuti al dorso ed agli arti inferiori. Camminava soltanto mediante le grucce. Frattanto gli arti s'incurvarono, la rachide divenne cifotica e la donna rimase deformata e di corta statura come al presente. Dopo il dodicesimo anno d'età cominciò a camminare senza grucce. A 16 anni ebbe il primo tributo che in seguito si mantenne al fisiologico. A 18 anni passò a marito e divenne gravida. Non ricorda la donna l'epoca dell'ultima mestruazione. Nessun fenomeno simpatico ebbe a soffrire. Al quarto mese s'accorse dell'aumentato volume dell'addome e delle mammelle. Al quinto mese notò i primi moti fetali. Al settimo mese credette di consultare il dott. Giovenazzo, il quale le consigliò di portarsi in questa Clinica, nella quale fu accolta il 20 dicembre 92.

Esame ostetrico: donna di corta statura (alta cm. 118). Testa piccola, ma piuttosto simmetrica. La clavicola sinistra mostrasi alquanto arcuata. Alla rachide si nota cifosi di tutte le vertebre dorsali e scoliosi sinistra di queste in modo accentuato. Il manubrio dello sterno è alquanto sporgente, il resto depresso. Le mammelle sono bene sviluppate, le areole pigmentate. L'utero è di forma ovoidea in direzione longitudinale e obliquato a destra. Il livello del fondo rasenta la zona media sopra-ombellicale. Distanza dalla sinfisi al fondo dell'utero cm. 27, circonferenza ombellicale cm. 86, circonferenza sottombellicale cm. 89, distanza xifo-pubica cm. 24, pubi-ombellicale cm. 17. L'estremo cefalico trovasi libero al distretto superiore, il dorso è in avanti ed a sinistra, le piccole parti fetali a destra. Il battito cardiaco fetale nel Q. I. S.

Esplorazione vaginale: vagina ampia, umida, corta; collo dell'utero rammollato nella sua porzione vaginale, orificio esterno chiuso, estremo cefalico allo stretto superiore.

Pelvimetria: circonferenza pelvica cm. 87. — Bi. Sp. il. cm. 27. — Bi. Cr. il. cm. 25. — Bitr. cm. 31. — Biisch. cm. 11. — Ob. D. cm. 24. — Ob. S. cm. 24. — C. D. cm. 9,5 — C. V. cm. 8 — C. B. cm. 17,5.

Diagnosticasi un *bacino rachitico piatto leggermente triangolare* con una ste-

nosi di 2.° grado e si viene nella determinazione di provocare il parto prematuro all'ottavo mese compiuto, praticando le docce del Kiwisch per tre giorni. Il 13 febbraio nelle ore meridiane comparvero i primi dolori ed alle ore 18.30 seguì il parto in modo spontaneo, venendo alla luce un feto maschile, morto pria della rottura delle membrane. Questo feto era del peso di gram. 1930 e lungo 44 cm. Placenta gram. 410. Puerperio fisiologico.

Aborto provocato.

I. Anno scolastico 1892-93. N. 41. — L. T., da S. Filippo (Messina), d'anni 23, maritata, casalinga, pluripara. Entra in Clinica il 4 febbraio 93. Dice che da cinque anni ha sofferto ad intervalli cefalea frontale, annebbiamenti visivi e convulsioni con perdita di coscienza. Siffatti accessi convulsivi si sono ripetuti sempre a periodi irregolari fin al momento del matrimonio (3 anni addietro). Da quest'epoca si sono verificati tre aborti tra il terzo ed il quarto mese di gravidanza; durante questo lasso di tempo le convulsioni si sono manifestate sempre. L'ultima mestruazione è stata in giugno 92. Verso la metà di gennaio u. s. si manifestò cefalea frontale più intensa di prima ed annebbiamenti visivi. Questi disturbi furono seguiti da convulsioni, aventi tutt'i caratteri di quelle eclampsiche. Da questo momento non avvertì più i movimenti fetali. Movimenti passivi sensibilissimi.

Esame ostetrico: Non presenta la donna edema alle palpebre, nè alle mani. Mammelle turgide, reticolo venoso appariscente, capezzoli ed areole pigmentati in bruno; secrezione di colostro. Linea alba colorata. Cicatrice ombellicale appianata. Utero di forma ovoidea in senso longitudinale. Palpando il fondo dell'utero si tocca nella zona ombellicale. Assenza di battito cardiaco fetale.

All'esplorazione: collo dell'utero rammollato per metà, orificio esterno poco pervio, diretto posteriormente ed a sinistra, segmento uterino inferiore evasato, chiarissimo il ballottamento interno.

Uroscopia: Albumina 1[2 p. 1000, cilindri jalini, qualche cilindro jalino-granuloso e qualche altro granuloso. Si diagnostica una nefrite acuta lieve e si viene nella determinazione di provocare artificialmente il parto con le docce alla Kiwisch, Il giorno 6 febbraio si praticano due docce calde con una soluzione borica, il giorno 7 e il giorno 8 se ne praticano quattro. Il giorno 8 alle ore 21.45 viene espulso integralmente l'uovo. Puerperio normale. Le convulsioni si dissipano affatto e la nefropatia scomparisce. Stato generale migliorato sensibilmente.

II. Anno scolastico 1892-93. N. 101. — C. R., d'anni 29, da Graniti, maritata, allieva levatrice, pluripara, entra in Clinica il 13 maggio 93 per vomito incoercibile. Dice avere avuto due gravidanze, delle quali la prima condotta

a termine e con disturbi simpatici accentuati ne' primi quattro mesi. Dopo sei mesi la donna divenne di nuovo gravida e l'uovo fu espulso spontaneamente al terzo mese in giugno 92. Poscia divenne gravida per la terza volta, seguendo l'ultimo tributo il 17 marzo 93. A capo di quattro giorni la donna cominciò ad avere anoressia, ptialismo, nausee e vomiti ripetuti. Questi sintomi si ripeterono accentuandosi sempre più a misura che progrediva la gravidanza. Il sintoma più saliente che disturbava la donna era il vomito ostinato, incoercibile, con cui s'aveva rejezione de' cibi dopo pochi minuti dall'ingestione.

Le cose procedettero in tale modo sin a tutto aprile 1893, quando si venne nella determinazione di provocare l'aborto, riusciti frustranei i mezzi terapeutici medici. Il 5 maggio, previa antisepsi rigorosa, s'introduce nella cavità cervicale dell'utero una candeletta N. 12 con lo scopo d'espellere mucosità ivi esistenti e d'eccitare leggiere contrazioni. Questo procedimento basta ad arrestare le nausee ed i vomiti per alcuni giorni e la donna può tollerare de' brodi. Indi ricompariscono i vomiti con molta insistenza, per cui si somministrano delle pozioni pria con laudano, e poi con cloridrato di morfina e cloridrato di cocaina, pillole di ghiaccio e dieta liquida. Ma tutto è inutile, la donna continua a vomitare e comincia a dimagrire sensibilmente. Il 19 maggio, continuando nello *statu quo*, si crede necessario provocare l'aborto, introducendo una candeletta elastica fin al fondo dell'utero. Per tre giorni consecutivi la donna ha nausee, vomiti lievi, leggiere contrazioni uterine e poco sangue da' genitali. Alla fine del terzo giorno, verso le ore 8.30, sopraggiungono brividi di freddo poco intensi e di pochissima durata e febbre a 39.° Si viene nella determinazione di procedere tosto al raschiamento, soddisfacendo in tal modo a due indicazioni: togliere dalla cavità uterina il prodotto del concepimento per curare radicalmente il vomito e nello stesso tempo fare de' lavaggi antisettici endouterini. Alle ore 11 a. m. la gestante è posta sovra il letto operatorio e nella posizione dorso-pelvica. Si pratica dapprima un lavaggio vaginale ed intrauterino con una soluzione al sublimato, seguito da un altro con una soluzione borica, poi con una pinza del Martin si prende il labbro anteriore, quando intervengono da parte dell'utero delle contrazioni. La bocca uterina si dilata da permettere l'entrata dell'indice. Alla donna si somministra del vino di Marsala, sopravvengono altre contrazioni e più forti e viene espulso spontaneamente l'ovulo con piccolissima parte di placenta. S'estrae in seguito e con le dita altra porzione di placenta, si fa un'irrigazione endouterina con due litri di soluzione di sublimato corrosivo, si mette in vagina un tampone imbevuto di glicerina jodoformizzata e s'appone una vescica con ghiaccio all'ipogastrio. La temperatura nelle ore p. m. dello stesso giorno scende a 36.5 e diviene normale nei giorni consecutivi. Durante questo tempo si fanno delle irrigazioni endouterine due volte al giorno e poi si continuano a fare soltanto in

vagina. La donna, abbastanza rinvigorita, lascia la Clinica il giorno 8 giugno 1893.

III. Anno scolastico 1892-93. N. 107. — S. N., d'anni 28, da S. Stefano, maritata, casalinga, pluripara, entra in Clinica il 20 maggio 1893. Dice aver sofferto da due anni reumatismo articolare ad intervalli e da un anno lieve dispnea e cardiopalmo. Passò a marito a 23 anni ed ha avuto tre gravidanze a termine, con parti, puerperî ed allattamenti normali.

Gravidanza attuale. — Ultima mestruazione il 30 dicembre 1892, piuttosto abbondante. Dopo due mesi di gestazione la donna s'accorse che la distensione dell'addome fosse alquanto accentuata e non rispondesse all'epoca relativa. L'aumento di volume del ventre procedette sempre e la donna cominciò a risentire de' disturbi simpatici. Al terzo mese comparve edema agli arti inferiori. Al quinto mese la donna divisò entrare in questa Clinica.

All'osservazione presenta: Donna di statura media, con pannicolo adiposo scarso, linfatica. Al collo nessuna glandola tumefatta. Esame del cuore negativo. L'addome è aumentato di volume come in una gravidanza al nono mese. Circonferenza ombellicale cm. 105. L'utero ha una forma ovoidea ed è di consistenza duro-elastica. Il suo fondo giunge al terzo superiore sopraombellicale. Non si riscontrano piccole parti fetali. È chiarissimo il senso di fiotto. All'ascoltazione si sentono piccoli battiti cardiaci fetali poco distinti. All'esplorazione: orifizî permeabili, collo rammollato per metà, esiste ballottamento interno.

Diagnosi. — Gravidanza uterina al quinto mese, con feto vivo ed accompagnantesi ad *idramnios acuto* considerevole. Stante i gravi disturbi respiratori, i dolori addominali per eccessiva distensione dell'utero e l'oliguria (urine cm. 300 nelle 24 ore), si pensa di provocare l'aborto, pungendo le membrane il 30 maggio alle ore 11 con un sottilissimo stiletto ben disinfettato. Si raccolgono oltre 6 litri di liquido amniotico di colore citrino. Verso le ore 16 dello stesso giorno si ha grave metrorragia per la quale si è costretti praticare il tamponamento. Subito dopo intervengono contrazioni uterine energiche ed alle ore 18.30 vengono alla luce due piccoli feti morti senza alcuna deformazione, del peso ambidue di gr. 1100. La placenta unica con due cordoni e due sacchi pesa gr. 960. Nel puerperio le urine aumentano sensibilmente di volume e quello decorre normale. Lascia la Clinica l'11 giugno, in perfetta sanità.

Estrazione con l'uncino ottuso.

I. Anno scolastico 1892-93. N. 11. — C. F., d'anni 40, da Palermo, maritata, casalinga, IVpara, entra in Clinica in soprapparto il 6 dicembre 1892 alle ore due. Esaminata si diagnostica presentazione podalica incompleta (varietà nati-

che) in S. I. D. A. nello scavo, con feto morto. Per inerzia uterina s'applica l'uncino ottuso sull'inguine anteriore, ove si produce una lieve lacerazione e si frattura il femore. S'estrae un feto del peso di gr. 4650. Puerperio normale.

Estrazione manuale.

I. Anno scolastico 1892-93. N. 47. — D. M., d'anni 24, da Messina, Ipara, entra in Clinica il 15 febbraio 1893. Si fa diagnosi di presentazione podalica. Addì 27 marzo si fa l'estrazione manuale del feto. Puerperio normale.

II. Anno scolastico 1892-93. N. 95. — F. R., d'anni 25, da S. Angelo di Brolo, cameriera, sifilitica, IIIpara, entra in Clinica in travaglio il 4 maggio 1893. Si procede all'estrazione manuale del feto e della placenta. Il feto è quatrimestre, del peso di gr. 250.

Rivolgimento podalico classico.

I. Anno scolastico 1892-93. N. 13. — C. S., d'anni 28, da Messina, IIpara, entra iu Clinica in soprapparto il 7 dicembre 1892, alle ore 13. Esaminata si diagnostica presentazione di spalla destra in C. I. D. con procidenza della mano destra. Si fa subito il rivolgimento, estraendo un feto di sesso femminile, asfittico rianimatosi, del peso di gr. 1650. Secondamento artificiale. Puerperio fisiologico.

II. Anno scolastico 1892-93. N. 87. — F. D., d'anni 35, da Castanea (Messina), casalinga, VIpara, entra in Clinica in soprapparto il 20 aprile 1893, avendo subìto nella propria casa riscontri ripetuti senza le dovute cautele antisettiche e con membrane rotte da 24 ore. Esaminata si fa diagnosi di Sp. D. impegnata in C. I. S., dorso in avanti, con procidenza del cordone ombellicale e del braccio destro. L'utero è contratto ed il feto immobile. Si passa alla cloronarcosi ed allora si può con difficoltà entrare la mano e compiere il rivolgimento. S'estrae un feto morto macerato.

Il puerperio è tumultuoso a causa di setticemia endouterina con minaccia di peritonite. La cura si riassume in irrigazioni endouterine al sublimato, ghiaccio all'ipogastrio, solfato di chinino, vino di Marsala e latte. La donna migliorata lascia la Clinica volontariamente.

Perineorrafia.

I. Anno scolastico 1891-92. N. 29. — M. T., d'anni 20, da Roccalumera, Ipara, entra in Clinica il 1.° febbraio 1892. Parto in presentazione V. addì 17 marzo 1892. Lacerazione del perineo per 2 cent., si danno tre punti di sutura. Guarigione.

II. Anno scolastico 1891-92. N. 46. — C. A., d'anni 18, da Patti, Ipara, entra

in Clinica il 5 marzo 1892. Presentazione e parto pel V. Lacerazione del perineo per 3 cent. Si danno cinque punti di sutura. Guarigione.

III. Anno scolastico 1891-92. N. 59. — S. D., d'anni 40, da Monforte, Ipara. (Vedi il N. 1 d'applicazione di forcipe). Lacerazione del perineo per 3 cent. Si danno cinque punti di sutura. Guarigione.

IV. Anno scolastico 1892-93. N. 31. — M. M., Ipara, d'anni 20. Parto a termine, spontaneo, in presentazione dl V. in O. I. S. A. Feto femmineo, vivo, del peso di gr. 2950. Lacerazione perineale di primo grado. Sutura con due punti. Guarigione *per primam.* Puerperio normale.

V. Anno scolastico 1892-93. N. 37. — C. C., Ipara, d'anni 27. Parto a termine, spontaneo, in presentazione di V. in O. I. S. A. Feto femmineo, vivo, del peso di gr. 3000. Lacerazione perineale di secondo grado. Sutura con tre punti. Guarigione per prima. Puerperio fisiologico.

IV. Anno scolastico 1892-93. N. 39. — D. R., Ipara, d'anni 27. Parto a termine, spontaneo, in presentazione di V. in O. I. S. A. Feto femmineo, vivo, del peso di gr. 3000. Lacerazione del perineo. Sutura con quattro punti. Guarigione. Puerperio regolare.

VII. Anno scolastico 1892-93. N. 78. — M. A., Ipara, d'anni 16, casalinga. Parto a termine, spontaneo, in presentazione di V. in O. I. S. A. Feto maschio, vivo, del peso di gr. 2000. Lacerazione al perineo di primo grado. Sutura con tre punti. Guarigione *per primam.* Puerperio normale.

Taglio cesareo post-mortem.

I. Anno scolastico 1891-92. N. 65. — G. A., d'anni 38, da Messina, è condotta in Clinica, il 4 maggio 92, morta per istrada da un quarto d'ora. Si pratica il taglio cesareo e s'estrae un feto in presentazione podalica. La placenta è inserita marginalmente ed il sacco è integro. La morte si deve a grave emorragia ripetuta da placenta previa per nulla curata.

Idramnios cronico.

Anno scolastico 1891-92. N. 10. — P. C., d'anni 28, da Messina, casalinga, IIIpara, entra in Clinica il 15 dicembre 1891, gestante al nono mese. Con l'esame ostetrico completo si fa diagnosi di gravidanza uterina semplice complicata ad *idramnios cronico.* Il 5 febbraio 1892 la donna dà alla luce un feto, di sesso maschile, del peso di gr. 2755. con *spina bifida* alla regione lombare. Puerperio normale.

Mastite.

I. Anno scolastico 1891-92. N. 46. — C. A., d'anni 18, da Pisa, Ipara, entra in Clinica il 5 marzo 1892. Parto addì 30 aprile. Al terzo giorno dal puerperio si manifesta turgescenza della mammella destra e mastite in seguito a ragade. Si risolve con applicazione di ghiaccio.

GINECOLOGIA

I. Anno scolastico 1891-92. N. 8. — F. D., d'anni 44, da S. Pier Niceto, casalinga, VIIIpara, oligoemica, entra in Clinica il 14 dicembre 1891. Accusa forti dolori alla regione lombare. L'utero trovasi quattro dita trasverse dal margine superiore della sinfisi pubica, è di consistenza duro-elastica e dolente palpandolo. La cervice è ipertrofica e sclerotizzata. Geme dalla cavità uterina un liquido muco-purulento e sanguigno, puzzolente ed abbondante, temperatura 39.° la sera. Nutrizione scaduta. Si fa diagnosi di metrite parenchimale cronica ed endometrite emorragica e si crede necessario di praticare il raschiamento uterino, operazione che ha luogo il 19 dicembre alle ore 14 e s' applica una vescica con ghiaccio sull'ipogastrio. In seguito a tale atto operativo si praticano ogni giorno irrigazioni endouterine di solfofenato di zinco e qualche volta d'acido borico. La febbre continua a manifestarsi la sera per 9 giorni con temperatura di 39 ne' primi giorni e di 38.5 negli ultimi. Al decimo giorno 37.7 la sera e l'involuzione dell'utero è notevole. Il secreto uterino da muco-purulento e sanguigno puzzolente si fa a poco a poco mucoso ed inodoro ed i dolori lombo-uterini si dissipano affatto. La donna, dopo 33 giorni di degenza, lascia la Clinica addì 15 gennaio 1892.

II. Anno scolastico 1891-92. N. 19. — L. N., d'anni 40, da S. Stefano, casalinga, entra in Clinica il dì 8 gennaio 1892. Dice avere avuto nove gravidanze a termine con parti e puerperî normali. Sin dal mese di maggio ha sofferto di menorragie, seguite da leucorrea giallognola e vischiosa. La donna presenta utero aumentato di volume ed in leggiera antiversione, la cervice è ipertrofica e le labbra evasate

Diagnosi. — Metrite parenchimatosa cronica ed endometrite emorragica. Addì 15 gennaio raschiamento uterino.

Trattamento postoperatorio: irrigazioni endouterine e vaginali al solfofenato di zinco ed all'acido borico. Non segue alcun fenomeno morboso. La donna il 20 gennaio lascia la Clinica in buone condizioni di salute.

III. Anno scolastico 1891-92, N. 28. — R. R. da S. Teresa di Riva, d'anni

44, maritata, casalinga, entra in Clinica il 31 gennaio 92. Cominciò a mestruare a 19 anni e poscia per 18 mesi il flusso catameniale scomparve. Ha avuto sei gravidanze a termine con parti normali, ed in seguito tre aborti a brevi intervalli, senz'alcuna causa apprezzabile. Dall'ultimo aborto la mestruazione divenne irregolare per la qualità del sangue e dall'utero cominciò a gemere un liquido siero-purulento e sanguigno. S'accompagnarono questi disturbi a dolore all'ipogastrio, agl'inguini ed a senso di peso al sacro.

Stato attuale. — Donna alta, a sviluppo scheletrico-muscolare regolare. Funzioni respiratorie, circolatorie e del tubo gastro-enterico normali. All'ipogastrio si sente l'utero ingrossato con il suo fondo a 5 cent. dalla sinfisi, poco dolente al palpamento. *All'esplorazione:* Collo dell'utero ingrossato, ma liscio e duro. Con l'esplorazione combinata si sente che l'utero è mobile e si percepisce il suo ingrossamento. *Diagnosi:* Metrite parenchimale cronica ed endometrite emorragica. Il dì 8 febbraio 92 si pratica il raschiamento. Lavaggi intrauterini e vaginali col solfo fenato di zinco ne' giorni successivi. Il 23 febbraio la donna lascia la Clinica.

IV. Anno scolastico 1891-92, N. 33. — A. A., d'anni 44, da Passi, maritata, casalinga, IXpara, entra in Clinica il dì 8 febbraio 92. Prima mestruazione a 16 anni. Nove gravidanze a termine con parti normali. La mestruazione ricomparì dopo 6 mesi tanto dopo il primo che il secondo parto. Dopo il terzo parto, elassi 6 giorni, la donna ebbe emorragia che, di più o meno abbondanza, durò sino alla gravidanza successiva e si ripetè sempre dopo le altre gravidanze. Siffatta metrorragia s'accompagnò sempre a dolori sacro-pelvici, esacerbantisi nella stazione eretta. Da un anno a questa parte al dolore ed all'emorragia s'è accompagnato un secreto purulento per cui dietro avere consultato parecchi medici, viene a ricoverarsi in questa Clinica.

Stato attuale. — Donna gracile, con segni d'oligoemia pronunziata. Alla zona ipogastrica, palpando, la donna risente dolore in corrispondenza dell'utero e dei parametrii. Il fondo dell'utero dista 6 cm. dalla sinfisi ed ha una consistenza dura. *All'esplorazione:* Collo dell'utero alquanto grosso, duro ed abbassato, ma liscio e con orifici impermeabili al dito; attraverso i fornici si tocca l'utero ingrossato, specie nel fornice anteriore. Con l'esplorazione combinata si riconfermano i dati precedenti. *Diagnosi:* Metrite parenchimale cronica. Il dì 5 marzo, previe docce calde, si pratica il raschiamento. Il 27 marzo la donna lascia la Clinica in buone condizioni di salute.

V. Anno scolastico 1891-92, N. 45. — C. V. da Savoca (Messina), d'anni 49, maritata, casalinga, XIpara, entra in Clinica il 3 marzo 92. Precedenti personali lodevolissimi. Due mesi or sono la donna dice avere cominciato a notare, senza alcuna causa apprezzabile, un gemizio di sangue da' genitali, ora più ora meno

abbondante. Siffatta perdita di sangue non s'è accompagnata a dolori, a leucorrea o ad altri sintomi da parte della sfera sessuale.

Stato attuale. — Nutrizione generale defedata. Integri gli organi respiratori, l'apparecchio cardio-vascolare, l'uropoietico ed il gastro enterico. Palpando l'ipogastrio si rileva che il fondo dell'utero dista 4 cm. dal margine superiore della sinfisi pubica. L'utero è di consistenza duro-elastica, non dolente. *All'esplorazione:* Vagina umida, larga, con rugosità, il collo dell'utero è ingrossato, ma liscio, di consistenza duro-elastica, con orificio esterno pervio; fornici vaginali vuoti. All'esplorazione bimanuale si nota: l'utero è mobile con il suo fondo a 4 cm. dalla sinfisi e presenta una leggiera antiversione. *Diagnosi:* Metrite parenchimale cronica ed endometrite emorragica. Il dì 10 marzo 92 si pratica il raschiamento con le solite norme. La donna addì 18 marzo 92 esce a sua volontà.

VI. Anno scolastico 1892-93. N. 30. — D. G. da Pezzolo (Messina), d'anni 35, maritata, casalinga, Vpara, entra in Clinica il giorno 8 gennaio 93, per disturbi uterini. Precedenti ereditari lodevoli. La donna a 20 anni ebbe il primo tributo mensile, il quale si mantenne in seguito fisiologico. Ebbe cinque gravidanze con parti e puerperii normali. Un anno fa in seguito a lavori smodati ed a febbre, che durò circa 8 giorni, cominciò ad avvertire un dolore nella zona ipogastrica, dolore che s'esacerbava nella stazione eretta e si propagava al sacro ed agli inguini. Al dolore seguirono metrorragie più o meno abbondanti e leucorrea purulenta sin a questo momento.

Stato attuale. — Donna d'alta statura, a pannicolo adiposo deficiente, con nutrizione generale defedata. Apparecchio respiratorio e cardio-vascolare normali. Utero: all'esplorazione si nota: collo alquanto ingrossato e duro, situato molto in basso della sinfisi pubica, il corpo è ingrossato ed è coricato indietro sul retto. Isterometria 7 cm. *Diagnosi:* Metrite parenchimale cronica con endometrite emorragica. Il 22 gennaio 1893 si pratica il raschiamento, previa dilatazione co' dilatatori N. 1 e 2 del Fritsch. Irrigazioni endouterine per tre giorni consecutivi e poscia lavaggi vaginali. Il 19 febbraio lascia la Clinica.

VII. Anno scolastico 1892-93, N. 57. — L. N., d'anni 22, da S. Teresa di Riva, maritata, casalinga, entra in Clinica il 27 febbraio 93. Cominciò a mestruare a 16 anni ed il tributo in seguito si mantenne fisiologico. Tre aborti ripetuti a brevi intervalli, senz'alcuna causa apprezzabile. Da un anno, dietro il primo aborto, la donna cominciò ad avere disturbi nella sfera sessuale, cioè dismenorrea molto accentuata. Ne' periodi intermestruali nessun fenomeno morboso, eccetto lieve leucorrea e disparreunia. Per quest'ultima s'aveano emorragie.

Stato attuale. — Apparecchio respiratorio, circolatorio, gastro-enterico ed uro-pojetico normali. Palpando alla regione ipogastrica la donna risente un leggiero dolore ed il fondo dell'utero si sente sopra della sinfisi pubica. Al riscontro il

collo dell'utero si mostra ipertrofico e duro: risente la donna dolore toccando l'orificio esterno, il quale è stenotico, i fornici vaginali sono vuoti. Isterometria 8 cm. *Diagnosi:* Metrite parenchimale cronica del corpo e del collo. Il 9 marzo 1893 si patrica il raschiamento, previa incisione laterale alla Sims. Si fanno lavaggi intrauterini per due giorni consecutivi. Il 20 marzo la donna lascia la Clinica.

STUDENTI ED ALLIEVE LEVATRICI ISCRITTI

negli anni scolastici 1891-92 e 1892-93.

Nell'anno scolastico 1891-92 s'iscrissero al Corso d'ostetricia e ginecologia N. 9 studenti e 38 allieve levatrici. Risultato dell'esame soddisfacente.

Nell'anno scolastico 1892-93 s'iscrissero 15 studenti e 42 allieve levatrici. Le lezioni fatte agli studenti montano a 63, quelle fatte alle levatrici 66. Esito dell'esame splendido.

DISPENSARIO OSTETRICO-GINECOLOGICO.

Le donne presentatesi negli anni scolastici 1891-92-93 ammontano a 70, e per la forma morbosa osservata si possono disporre nel seguente modo:

Colpite blenorragica	N.	5
Colpite semplice	»	3
Prolasso vaginale	»	2
Metrite cronica	»	2
Endometrite emorragica	»	3
Endocervicite	»	2
Amenorrea	»	2
Menorragia	»	3
Dismenorrea	»	6
Ooforite	»	3
Miofibromi dell'utero	»	5
Epitelioma dell'utero	»	4
Aborti incompleti	»	3
Gravidanze	»	22
Mastite	»	3
Ragadi al capezzolo	»	2

CASI IMPORTANTI OCCORSI NELLA PRATICA CIVILE.

Placenta previa centrale e Flemmasia alba dolens.

Signora N. N., pluripara, oligoemica, a sviluppo scheletrico-muscolare mediocre, gravida quasi a termine. Sin dall'ottavo mese cominciò a soffrire di emorragie sempre accentuantesi ogni 6-8 giorni e la sera la T. oscillava tra 37.7 e 38.° Lei era curata da un distintissimo professore. Io fui invitato in consulto la sera del 6 luglio 1892. Dalla bella anamnesi, riferitami dal detto professore, risultava trattarsi d'un caso di *placentia previa centrale* con feto in presentazione di V. Infatti con l'esame ostetrico completo, specie con l'esplorazione, si confermò la diagnosi. — *Trattamento.* La stessa sera, nel pericolo che nella notte potesse sopraggiungere una grave emorragia, si praticò il tamponamento che chiuse ermeticamente la cavità vaginale. Durante la notte sopravvennero contrazioni ed il sacco delle acque si ruppe. Il mattino seguente, alle ore 8 a. m., insieme con il prefato professore, si tolse lo zaffo e si trovò il collo trasformato con una dilatazione appena di 2 cm. Essendo convinzione di tutti gli ostetrici che rotto il sacco cessa il conflitto tra' segmenti inferiori dell' utero e la placenta, anzi che durante le contrazioni la placenta segue l'ascensione dell'utero, pur non di manco, trascorse due ore, vi fu grandissima emorragia e quindi s'intervenne di nuovo e subito con il tamponamento. L'anemia della Signora intanto s'accentuava sempre più. Lo zaffo fu rimosso alle ore 9 p. m e la dilatazione era di 5 cm. Seguì subito emorragia per modo che si dovette rifare un altro tamponamento. Intanto la Signora durante la notte andava aggravandosi, il polso era divenuto filiforme, la respirazione affannosa, sicchè verso le 4 a. m. si tolse lo zaffo ed introdotta rapidamente la mano s'estrasse il feto con il rivolgimento. La placenta, ch' era in gran parte scollata ed in vagina, s'estrasse e la Signora subito dopo cominciò a rianimarsi. Si fecero indi delle irrigazioni endouterine calde con soluzione borica. Queste irrigazioni si continuarono due volte al giorno per circa 25 giorni, mantenendosi la T. tra 37. 5 e 38.° Elasso questo tempo la disgraziata signora fu invasa da *flemmasia alba dolens* all'arto inferiore sinistro. L' affezione esordì con intensi dolori al polpaccio, dolori che continuarono aumentando d' intensità e s'arradiarono per tutto l'arto fin alla radice della coscia corrispondente. Nel giorno seguente cominciò la tumefazione dell'arto, il quale in pochi giorni raggiunse dimensioni straordinarie. Si notava un marezzamento venoso molto accentuato ed in corrispondenza della vena femorale verso la base si sentiva un cordone alquanto duro, ma dolente: T. da 38.° a 39.° Consecutivamente la febbre s'elevò, preceduta da

brividi di freddo e seguita da profusi sudori. Fortunatamente ciò non ebbe luogo che per tre volte. — *Trattamento.* L'arto fu immobilizzato e rialzato con un angolo di 40° ed avvolto tutto con uno strato d'ovatta al sublimato e quindi da un bendaggio ascendente; inoltre fenato di chinina, latte, vino di Marsala e brodi consumati.

Eclampsia.

F. V., d'anni 20, Ipara, a sviluppo scheletrico-muscolare eccellente. Mestruazione normale. Il decorso della gravidanza fu fisiologico. I dolori del parto si manifestarono il 19 febbraio alle ore 12. Si fece diagnosi di presentazione di V. in O. I. S. A. L'espulsione del feto avvenne in modo spontaneo, però durante il periodo espulsivo s'iniziarono degli accessi eclampsici, i quali si continuarono non solo fin all'espulsione del feto, ma anche per altre 4 ore; dopo delle quali venne estratta la placenta. La donna fin dal principio del periodo espulsivo fu in preda a coma profondo che si dissipò la dimane.

Trattamento. — Vescica con ghiaccio sulla calvarie ed enteroclismi oleosi. Latte, vino di Marsala. Il puerperio decorse fisiologico.

Stenosi pelvica di terzo grado.

C. R., da Gesso (Messina), d'anni 35, maritata, Ipara. Nella sua infanzia ebbe a patire rachitismo per modo che cominciò a camminare verso il quinto anno, rimanendo la sua persona alquanto deformata. Dopo quest'epoca fu costretta a lavorare ed a portare pesi sulla testa. Divenne pubere a 18 anni ed i catameni seguirono sempre normali nelle loro note. Non ebbe mai a lagnarsi di altre affezioni meno di qualche febbre malarica. Nulla da parte de' genitori, una sua sorella ha partorito normalmente e con feti a termine. La donna a 34 anni passò a matrimonio ed elassi pochi giorni divenne incinta. Ultima mestruazione il 15 dicembre 1891. Pochi disturbi simpatici ne' primi tre mesi, nel resto la gravidanza decorse felicemente, però, attesa la sua bassa statura, il ventre appariva aumentato molto di volume da simulare una gravidanza gemellare. Il 16 settembre 1892 apparirono i primi segni del parto: dolori lombo-sacrali, irradiantisi al pube ed alle cosce, i quali seguirono sempre più intensi e prolungati in guisa che il giorno 19 s'ebbe rottura delle membrane. Le contrazioni uterine persistettero intense e malgrado ciò il parto non progrediva e le sofferenze si fecero sempre più crescenti, sicchè due giorni dopo furono a visitarla due distinti medici, il dott. Pino ed il dott. Testa, che giudicarono il parto difficile e pericoloso e per mancanza di strumenti opportuni consigliarono la famiglia di portare la partoriente in Messina.

Ciò ebbe luogo durante la notte seguente e giunse sopra un mal connesso carro alle ore 8 del 22 settembre.

Esaminata insieme col dott. Penna e col dott. La Spadz, assistente della Clinica, offre quanto segue: statura bassa (m. 1,40), arti inferiori deformati a convessità esteriore e a concavità interna per modo che ravvicinati fra loro i piedi le ginocchia erano significantemente allontanate e lo spazio fra i due arti inferiori era ovalare. Nulla da parte degli arti superiori, marcato l'angolo del Louis, lieve cifosi nella porzione dorsale e lombare della colonna vertebrale, lordosi accentuata delle ultime vertebre lombari e delle prime sacrali. Una misurazione rapida del bacino dà i seguenti diametri; circonferenza pelvica cent. 70, C. E. cent. 17, Bisp. il. cent. 28, Bicr. il. cent. 26, Ob. D. e S. cent. 21, Bitr. cent. 28, Biisch. cent. 9, C. D. cm. 7.

Lo stato generale della donna è gravissimo: polso frequente ed irregolare respiro ansante (34 atti respiratorî al 1'), T. 40.5, fisionomia pallida e smunta, rivelante gravi sofferenze. Geme dagli organi genitali liquido sanguinolento, disciolto, puzzolentissimo, cadaverico; cordone ombellicale fuori de' genitali in putrefazione, accentuato edema vulvare, difficile l'introduzione di due dita che spinte in alto rivelano la gravissima stenosi pelvica ed il feto in presentazione di V. in O. I. S. T. Che fare? Nessuna altra indicazione potea sorgere che l'*embriotomia*. Disinfettata l'inferma a mezzo della soluzione al sublimato si passa con grandi difficoltà alla craniotomia con il perforatore del Blot, la quale cade sulla sutura sagittale in vicinanza dell'occipite. Fatta una larga breccia esce una buona quantità di sostanza cerebrale fetida e decomposta. Poscia s' applica il cranioclaste del Braun sull'occipite, ne segue distacco quasi completo dell'osso. Con grandi stenti s' ottiene di perforare la fronte e si riapplica il cranioclaste che giunge a prendere nel morso la faccia e quasi tutta la base craniana. Con siffatta presa dietro un movimento di rotazione da sinistra a destra la parte compresa nel morso, cioè i diametri bimalare e bimastoideo furono messi in direzione del diametro obliquo destro, fu solo in questo modo che con intensa forza la testa potè portarsi al di fuori degli organi genitali. Seguono non lievi difficoltà per l' estrazione delle spalle e del tronco, onde si fu costretti perforare per il giugolo e con la grossa forbice del Dubois tagliuzzare gli organi entro la cavità toracica ed addominale. Poscia applicata la branca piena del cranioclaste attraverso la cavità fatta sul giugolo e la branca finestrata sulla colonna vertebrale e comprimendo a tutta potenza s'estrasse la rimanente parte del feto e la placenta. Dopo si fecero larghe irrigazioni endouterine con soluzione di sublimato. La donna al primo giorno ebbe una T. di 39. Ne' giorni consecutivi si fecero delle irrigazioni intrauterine tre volte al giorno con acqua al sublimato e soluzione di solfofenato di zinco. Aggravandosi sempre più al settimo giorno soppraggiunse una peritonite settica ed in 18 ore avvenne la morte.

Idramnios cronico.

Signora N. N., d'anni 30, maritata, IIIpara. Il primo parto fu a termine ed il secondo abortivo. L'ultima mestruazione seguì il 20 maggio 92. Il volume dell'addome, come fa notare la donna, aumentava gradatamente a misura che la gravidanza progrediva, però quest'aumento era maggiore dell'ordinario. La donna avvertì i primi movimenti fetali al quinto mese. In seguito cominciò a notare dolori agl'ipocondri e più tardi, progredendo ancora la gestazione, s'aggiunse difficoltà di respiro, che andò sempre accentuandosi fino all'epoca del parto. Era manifesto il senso di fiotto e v'era oliguria.

Diagnosi: Gravidanza uterina semplice complicata ad *idramnios cronico.* Il parto si verificò addì 15 febbraio, il feto venne fuori spontaneamente insieme con una grande quantità di liquido amniotico e seguì una lieve emorragia. La placenta, ritenuta nell'utero, venne estratta con la mano. Il feto, di sesso maschile, del peso di gram. 2500, presentava alla regione lombare la *spina bifida* e sopravvisse pochi momenti. Puerperio normale.

RIEPILOGO.

Donne ricoverate in Clinica	gravide	N. 197
	affette da morbi ginecologici	» 7
Donne partorienti	Ipare	» 78
	pluripare	» 119
	operate nel sistema genitale per affezioni ginecologiche	» 7
Parti	semplici	» 191
	bigemini	» 6
Parti naturali	abortivi	» 5
	prematuri	» 7
	a termine	» 150

Operazioni (comprese quelle della pratica civile) . . .	versione con manovre miste	» 1
	versione cefalica con manovre esterne .	» 1
	aborto provocato	» 3
	parto prematuro artificiale	» 3
	applicazioni di forcipe	» 5
	estrazione manuale	» 1
	estrazione con l'uncino ottuso	» 1
	embriotomia	» 2
	rivolgimento	» 3
Estrazione manuale della placenta		» 4
Perineorrafia		» 7
Presentazioni (comprese quelle della pratica civile . .	vertice	» 189
	faccia	» 2
	pelvi	» 3
	spalla	» 2
Idramnios acuto		» 1
» cronico		» 2
Mastite . . . . . , ...		» 1

Casi al Dispensario N. 70.

Ed ora, data fine a queste brevi notizie, dal profondo del cuore rendo grazie infinite agli Onor. Deputati di questo grande Nosocomio Signori Cavalieri Avv. Galapai, Avv. De Cola-Proto e Prof. Trombetta, i quali misero a disposizione della Clinica tutto il materiale ostetrico. Porgo altresì i miei sentiti ringraziamenti agli Assistenti Signori Dottori Basile e La Spadz ed alla Levatrice Maestra Signorina Cucinotta, che sposarono per l'Istituto ogni cura e zelo ammirevolissimo.

Messina, addì 27 agosto 1893.

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI NAPOLI
diretto dal Senatore Prof. O. Morisani.

Operazioni complementari del taglio cesareo

STUDIO STORICO-CLINICO-CRITICO

DEL

Dott. FRANCESCO CARUSO
già Assistente nell'Istituto suddetto.

(Continuazione, vedi pag. 146).

Esposti così alla meglio i vari processi di trattamento del peduncolo semplicemente proposti o adoperati nell'amputazione utero-ovarica cesarea, passerò ad esporre il tecnicismo che mi pare più conveniente nei diversi casi.

È preferibile di operare, permettendolo le circostanze, prima dell'inizio del travaglio negli ultimi giorni della gravidanza, per le ragioni seguenti: 1.° perchè si può fare la scelta del sito, del giorno e dell'ora dell'operazione, non che degli assistenti, ciò che importa fare ordinatamente e completamente tutti i preparativi necessarii al buon andamento dell'atto operativo; 2.° perchè si può fare maggior assegnamento su di un canale genitale asettico; 3.° perchè si è al coverto degli effetti nocivi che possono derivare dalla rottura precoce delle membrane e dalla eccessiva distensione del segmento inferiore dell'utero; 4.° perchè si evitano le difficoltà nell'estrazione della testa provenienti, sia dal fatto che questa, a causa del prolungarsi del travaglio, può essere come digerita nella cavità cervicale, per servirmi della felice espressione di C. Braun, sia dipendenti dall'eventuale elevazione della vescica al di sopra, sia dalla sinfisi pubica; 5.° perchè si viene ad operare su di un organismo non estenuato dal travaglio.

Non starò qui ad insistere sulle norme da seguirsi per ottenere l'asepsi degli strumenti e del materiale da legatura, delle mani dell'operatore e degli aiuti, del campo operatorio, ecc., perchè andrei molto per le lunghe, mentre queste norme non differiscono punto da quelle che si traducono in pratica oggigiorno in qualsiasi atto chirurgico, e che oramai sono a tutti note.

La posizione da darsi all'operanda è quella con il bacino elevato (Beckenhochlagerung dei tedeschi), la quale si può realizzare con un apparecchio più semplice di quello di Trendelenburg, ideato da Fritsch (1), ma in cui rimane saldo il principio di Trendelenburg. L'apparecchio consiste in una specie di sella, fatta di caoutchouch indurito, che si fissa sul piano del tavolo da operazione; su di essa viene a poggiare il sacro, mentre la parte superiore del corpo giace obliquamente in modo che la testa poggi sul piano del tavolo e gli arti inferiori siano estesi (2). Sorvolo qui sui vantaggi della posizione elevata del bacino, dovendovi tornar sopra a proposito dell'estirpazione totale dell'utero.

Il taglio della parete addominale deve farsi parallelamente alla linea alba. Volendo una cicatrice più solida, è meglio per principio far capitare l'incisione, anzi che proprio sulla linea alba, sul margine di un muscolo retto, senza darsi molto pensiero che una parte piuttosto grande di un retto venga per avventura a rimanere dall'altro lato: si cercherà però di fare un taglio netto. L'incisione, cominciata al disopra dell'ombelico, dovrebbe arrestarsi a 5-6 cent. dal pube (3), ed avere una lunghezza di 22-24 cent., se si è stabilito d'incidere l'utero fuori del ventre.

---

(1) « Bericht über die gynäk. Oper. etc., » p. 21-23.

(2) Nelle case private, dove non rarissimamente occorre di praticare una simile operazione, quando non si avesse a disposizione l'apparecchio del Fritsch, si potrebbe ottenere alla stessa guisa la posizione elevata del bacino, situando nel mezzo del tavolo da operazione 2-3 cuscini duri, ricoperti da un'inceratina sterilizzata, sui quali si farebbero poggiare le natiche.

(3) Questa precauzione varrebbe, secondo il compianto Fasola, quale mezzo per prevenire le ernie addominali. Si sa che queste si formano a preferenza a livello dell'angolo inferiore della cicatrice. Questo fatto, a dire del Fasola, potrebbe trovar la sua ragione nella vicinanza all'angolo inferiore della ferita dell'urocisti, soggetta per funzione a cambiar di volume, a stirare e smuovere il peritoneo parietale anteriore, man mano che viene distesa dall'orina che vi si raccoglie; ed inoltre nella struttura particolare della parete addominale in quella regione, dove i muscoli retti alla faccia interna sono sprovvisti dell'aponeurosi del piccolo obliquo e del trasverso. (« ... Alcune considerazioni intorno all'ernia addominale consecutiva a laparotomia. » *Annali di Ost.*, 1888, p. 77-79).

Fritsch pure riconosce che la causa precipua dell'ernia addominale è la troppa estensione del taglio

È pratica utile, una volta aperto il ventre, di fissare con alcuni punti di sutura il peritoneo parietale alla cute, affine d'impedirne lo scollamento durante le manovre destinate a sgusciare l'utero dal cavo addominale.

L'incisione uterina ad utero eventrato sembrami preferibile a quella in situ. Che il taglio addominale sia di alcuni centimetri più lungo di quello che si pratica allorquando la matrice viene incisa in sede, è perfettamente indifferente, una volta che si è in grado oggigiorno di suturarne i margini senza suppurazione e senza pericolo apprezzabile di eventrazione, e d'altro canto si evita certamente la caduta di quantità anche piccola di sangue e liquido amniotico nel cavo peritoneale (1). All'uopo l'operatore porta la mano dietro il fondo della matrice e respinge questa allo innanzi, in quella che un assistente porta indietro i margini della breccia addominale. Eventrato l'utero, dietro di questo si rinserra il cavo addominale mercè una pinza a forcipressura, comprendente gli strati superficiali delle pareti addominali.

Anche qui la dieresi uterina si può fare sul fondo in direzione sagittale, allo scopo di evitare possibilmente, se non tutta, almeno gran parte della massa placentare. Si praticherà prima una piccola incisione a bottoniera fino ad arrivare nella cavità dell'uovo, e poi, introdotto l'indice per la fatta breccia e sulla guida di esso una forbice, s'ingrandirà l'apertura all'indietro ed allo innanzi per circa 16 cent.; se nel prolungare l'incisione indietro o innanzi s'incontra il tessuto della placenta, il taglio non verrà protratto ulteriormente e sarà prolungato invece compensativamente nella direzione opposta. Durante questo taglio un aiuto farà la compressione manuale del cono cervico-uterino. L'uso di un pessario in modo da inquadrare simmetricamente una parte della

---

in basso, laonde consiglia di cominciare l'incisione a 5 cent. sopra del bellico e terminarla a circa metà della distanza fra bellico e sinfisi pubica. Però la spiegazione che egli dà del modo di prodursi dell'ernia è alquanto diversa. Secondo F., allorchè viene aperto ampiamente lo spazio cellulóso posto sopra della vescica, dove il peritoneo aderisce lassamente, la sierosa e la vescica si portano indietro ed in basso, e si produce facilmente un'ernia nella località, non solo perchè ivi forse non si ottiene un'aderenza dei tessuti molto solida mercè la sutura, ma anche pel fatto che naturalmente la pressione maggiore si esercita sulla parte inferiore del ventre; lo stiramento è qui più forte che verso sopra; in basso la cicatrice viene stirata in senso trasversale, sopra più in senso longitudinale. (« Bericht über gynäk. Oper., » p. 27).

(1) Vedi al riguardo anche il mio lavoro: « Il taglio cesareo conservatore con sutura dell'utero ecc. »

linea della futura incisione, affine di realizzare una specie di compressione circolare, e indurre l' emostasi in tutta la parte del tessuto compreso nell' ambito del pessario, secondo consiglia M. Cameron (1), mi pare una complicazione superflua. Qualora non si disponga di una sufficiente assistenza, si potrà applicare un laccio elastico attorno all'istmo.

L' estrazione del prodotto si pratica con le stesse norme che nel taglio cesareo conservatore (2). Le secondine, qualora sieno ancora aderenti, si possono lasciare in sito.

Volendosi mettere in opera il trattamento extraperitoneale, si può adoperare il processo di Hegar. Il laccio elastico (3), previo stiramento al *maximum,* si fa passare sotto degli annessi, cioè al di sopra dei ligamenti infundibulo-pelvici, e i capi, incrociati in avanti, si ritorcono l'uno uno sull'altro tangenzialmente all'utero, dopo di che si applica una robusta pinza a pressione nel sito d'incrociamento (4). Nell'applicare il laccio fa

---

(1) « The prevention of hemorrhage in caesarean section. » Comunic. dell' Oper. alla 16.ª riunione dell'Assoc. med. britt. tenuta a Nottingham dal 26-29 luglio 1892. *Brit. med. Journ.*, 1892, p. 1383.

(2) Riscontr. il mio lavoro: « Il taglio cesareo conserv. con sutura dell'utero. »

(3) Nel mio caso, come anche in una isterectomia addominale per mioma, praticata nel settembre dello stesso anno, mi servii allo stesso scopo di un laccio elastico pieno, del diametro di 4-5 mill., come lo adopera da tempo il Pozzi nelle isterectomie addominali (« Governo del peduncolo nell' isterotomia e della legatura elastica. » *Gaz. méd.*, 1886, N. 1, traduz. ital. del dott. Martinetti in : *Ann. di Ost.*, 1886, p. 67 e seg.), il quale, se è vero che gode di un grado minore di elasticità di quello cavo, si può però più facilmente sterilizzare con sicurezza. E per soddisfare alle esigenze dell'asepsi, invece di servirmi di un laccio disinfettato col sublimato mercè uno dei noti precessi, ne adoperai uno sterilizzato nell'autoclave Chamberland alla temperatura di 120° per 1/4 d' ora, portandolo direttamente dall' acqua sterilizzata ne campo operativo. Nel dubbio che la sterilizzazione a vapore potesse alterare sensibilmente il caoutchouch, avevo già nel 1891 sperimentato ripetutamente l'elasticità dei lacci sterilizzati col calore umido nel modo anzidetto in confronto di quelli non assoggettati ad alcuna disinfezione, mettendomi, s'intende, il più possibilmente nelle condizioni volute dall'esperimento, ed avevo trovato il potere elastico essere su per giù il medesimo per le due serie di lacci. Cosicchè il laccio elastico può essere benissimo sterilizzato nella stufa a vapore a 120° senza timore che si alteri, in guisa da divenire inadatto all' uso cui è destinato; e ciò contrariamente a quanto insegna il Pozzi (« Trattato di ginecologia clinica ed operatoria. » Trad. ital. con note del dott. Spinelli, 1892, p. 27). A maggior conferma di quanto asserisco mi sia permesso di far notare che nella clinica ostetrico-ginecologica di Napoli da un anno a questa parte si adopera per l'emostasi provvisoria il laccio elastico sterilizzato all'autoclave, senza che siasi avuto a deplorare il supposto inconveniente.

(4) Ad onta dell'invenzione d'istrumenti più o meno ingegnosi per facilitare l'applicazione del laccio elastico (Pozzi, Terrillon, Collin, Walcher, v. Ott, ecc.), le mani rimangono sempre il miglior istrumento per questa applicazione, massime dopo l' introduzione nella pratica ginecologica della posizione elevata del bacino. In quanto poi alla fissazione del laccio, i vari ligatori sono perfettamente inutili, poichè questa si fa benissimo con un klemmer ordinario, senza che si abbia bisogno neppure di ricorrere a pinzette speciali (Hegar, Thornton, ecc.)

mestieri badare attentamente a che nell'ansa non sia compresa la vescica. È preferibile, però, di trattare separatamente i ligamenti larghi, abbandonandone poi i peduncoli nel ventre, invece di estrinsecarli insieme col peduncolo uterino, come fa ancora qualche operatore al giorno d'oggi: così facendo, oltre ad evitare l'eventualità di un'emorragia per lo sfuggire di una parte dei ligamenti dal cingolo costruttore, vengono ad essere attenuati gl' inconvenienti degli stiramenti causati dal peduncolo pel fatto della sua fissazione alle pareti addominali (dolori come nevralgici; lacerazioni delle parti molli del bacino con emorragia, ecc.). L'allacciatura dei ligamenti larghi, che è utile praticare comprendendo piccole porzioni di tessuto in ciascuna ansa di filo ed in modo continuo, si fa con unica serie di legature per lato fino in vicinanza dell' itsmo; ed, invece di una seconda serie di legature soprapposte, si applicano due pinze a forcipressura una per lato sugli annessi uterini, le quali sono destinate ad impedire l'uscita del sangue (refluo) dagli annessi e dall'utero. Dopo ciò si recidono i ligamenti un cent. circa al disopra dell' allacciatura, si allenta il laccio elastico e si applica di nuovo attorno all'utero, comprendendo soltanto il cono cervico-uterino; e, a fissare definitivamente i capi del laccio, nel punto d' incrociamento di questi si pone una legatura con cordoncino di seta; ed infine, per opporsi alla tendenza del laccio a scivolare, si applicano dei punti di sutura attraversanti laccio e carne del peduncolo. Indi si pratica l'amputazione dell'utero a 4-5 cent. sopra del laccio. Con l'utero vengono ad essere asportate anche le ovaie (1).

---

(1) Secondo K. Thornton si debbono lasciar in sito le ovaie, quando si può, perchè l' operata in tal modo perde meno completamente gli attributi del suo sesso, e i cangiamenti che sopravvengono nel suo stato sono meno bruschi. Questa considerazione, dice l'A., ha la sua importanza per le donne maritate e suscettibili di maritarsi. v. Ott si era pronunciato del pari a favore della conservazione delle ovaie in caso di amputazione sopravaginale dell'utero (Legg. la discussione sul caso di Wasten: « Ruptura uteri sub partu, etc., » avvenuta nella Soc. ost. gin. di Pietroburgo, seduta del 28. X. 1892. *Centralbl. f. Gynäk.*, 1893, N. 6).

Qui cade in acconcio di sfiorare la quistione se nell' amputazione sopra-vaginale dell' utero si debbano per principio portar via contemporaneamente gli annessi, anche quando sieno sani, ovvero lasciarli in sito. Quanto qui dirò dell'amputazione sopra-vaginale dell'utero vale anche per l'estirpazione totale. Una quistione analoga è stata agitata specialmente a proposito dell'estirpazione totale dell' utero carcinomatoso per *vaginam*, ma i clinici si sono schierati in due campi opposti, alcuni propendendo per la conservazione ed altri per la demolizione degli annessi. Il Brennecke, che, ad eccezione di un caso, in tutti gli altri risparmiò gli annessi, giunge alla conclusione che la loro ablazione è poco importante, perchè essi non tardano ad atrofizzarsi (« Ueber die vaginale Totalextirpation des Uterus. » *Zeitschr.*

Le due pagine dei ligamenti larghi recisi andrebbero cucite mercè sutura siero-sierosa a sopragitto, allo scopo di scongiurare lo insorgere di aderenze intestinali. Attirato poi in fuori il moncone mediante una pinza Museaux a denti smussi, applicata in modo da non ingombrare la parte

---

f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. XII, Hft. 1, 18). — v. Ott è strenuo propugnatore della conservazione delle ovaie, e contrappone alle comunicazioni isolate degli autori che si riferiscono a periodicità di sintomi dagli stessi considerati come *molimina mestrualia*, in casi in cui non erano state rimosse con l'utero le ovaie, osservazioni analoghe di donne nelle quali con l'utero erano state asportate anche le ovaie, e le osservazioni di castrazioni fatte per ottenere una menopausa precoce; nelle due serie di osservazioni si notarono eguali disturbi. Fondandosi sul fatto che quadri clinici analoghi s'osservano soventi in presenza di modificazioni infiammatorie in vicinanza degli ovarii (peri-ovariti), ritiene come possibile che i sintomi citati dagli autori possono dipendere da residui infiammatorii circondanti gli ovarii, e che questi sintomi sono dovuti in parte a modificazioni verificatesi consecutivamente nel parenchima stesso dell'ovaio (« Extirpation totale dell'utérus par la voie vaginale. » *Ann. de Gynéc.*, nov. 1889, p. 347-48). — Leopold Landau decide la quistione a questo modo negli individui ancora mestruati: « le mie osservazioni cliniche concordano pienamente coi fatti osservati sperimentalmente nei conigli, che la estirpazione dell'utero non ha alcuna influenza sull'ulteriore funzionare delle ovaia. Però debbo contraddire, in base alle mie esperienze sull'uomo, alle conclusioni tirate da dette ricerche e al consiglio di rimuovere per principio gli ovarii nell'estirpazione dell'utero, affine di torre di mezzo contemporaneamente gli eventuali disordini mestruali. È vero che alcuni individui, a cui si sono lasciati gli ovarii, soffrono d'incomodi periodici, i quali senza dubbio sono in relazione colla funzione ovarica, ma questo non è un avvenimento costante; e, per quanto io ne possa giudicare in base alla mia osservazione, si riscontra specialmente quando prima esisteva dismenorrea ovarica. Ma poichè nelle mie operate avanti l'epoca critica, nelle quali furono rimossi entrambi gli ovarii, sia facendo l'esportazione dell'utero, sia senza di questa, ho osservato quasi sempre dei disturbi, alle volte di alto grado, ritengo per miglior partito di risparmiare gli ovarii degli individui nelle condizioni sopraindicate. » (« Zur Diagnose und Therapie des Gebärmutterkrebses. » *Volkmann's Samml. klin. Vorträge*, N. 338, p. 2435-36, 1889). — Mangiagalli, che è anche per la conservazione delle ovaie, dopo aver citato le varie opinioni dei clinici, si esprime così: « dalle citazioni fatte appare come la preoccupazione maggiore degli operatori fosse quella dei disturbi dipendenti dalla continuazione della funzione delle ovaie conservate nell'atto dell'isterectomia. A nessuno invece si è presentata, o si è presentata fugacemente (v. Ott) la quistione inversa: se cioè conservando le ovaie possono insorgere disturbi dovuti al loro funzionare, asportandole, quando la loro asportazione è oziosa e superflua, non avremo disturbi maggiori? L'organismo muliebre sottratto all'innegabile influenza che su esso esercitano le ghiandole sessuali non subirà modificazioni profonde che possano pesare sulla bilancia ed influenzare quindi l'operatore nel senso di conservare le ovaie ogni qualvolta nella esportazione dell'utero la loro contemporanea rimozione non è richiesta da ragioni d'ordine tecnico o patologico? » (« Dodici isterectomie vaginali per carcinoma. » *Annali di Ost.*, 1890, p. 12). — Hofmeier, che invece è per la demolizione degli annessi, dice: « si deve fare il possibile di rimuovere trombe e ovaie per principio . . . Nei soggetti giovani possono anche insorgere dopo l'ablazione della matrice disordini dismennorroici violenti. » (*Grundriss der gynäk., Oper.*, II Auflage, 1892, p. 297-98). — Pozzi parimenti si pronunziava per l'ablazione delle ovaie per principio: « se la donna è regolata, egli dice, bisogna cercare di sopprimere organi, la cui funzione potrebbe continuare almeno durante qualche tempo (giacchè l'ablazione dell'utero non apporta sempre la loro atrofia), e dar luogo ad accidenti, come ne sono stati

mediana del peduncolo, si cuce il peritoneo parietale col peduncolare al di sotto della legatura elastica con filo di seta a punti staccati (Hegar, Fehling) ovvero con punto continuo al catgut (Pozzi). Questa sutura siero-sierosa, si fa, come è noto, per isolare perfettamente la cavità peritoneale e subordina-

---

osservati. In un caso di W. Duncan, in cui le ovaie furono asportate, si ebbero tre attacchi dolorosi vivissimi, corrispondenti esattamente alle epoche mestruali, segno non dubbio di un'ovulazione con peritonite circoscritta: in vista dell'assenza di accidenti ulteriori, l'A. pensa che siasi prodotta la cirrosi delle ovaie. Gli stessi accidenti si sarebbero avuti in un' operata di Sir W. Mac-Cornac, secondo W. A. Duncan (*Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1885, t. XXVII, p. 29). Schröder ha osservato a sua volta, in alcuni casi rari, dei dolori al momento delle epoche mestruali. » (Loco cit., p. 374). Lo stesso Pozzi, esponendo il tecnicismo dell' asportazione dell' utero miomatoso per abdomen, diceva che vale sempre meglio di asportare gli annessi, ed accennava ad altri possibili accidenti, quali l'ematocele pelvico (Pean, Köberle), la gravidanza extrauterina (Köberle), che debbono far praticare la castrazione simultaneamente, quando essa non offre difficoltà per aderenze estese (Loco cit., p. 270-80).

Nell'appoggiare la conservazione e la demolizione degli annessi in caso di estirpazione dell' utero, i clinici citati, oltre che sulla propria esperienza, si sono fondati sui lavori di Grammatikati e di Glävecke.

Grammaticati cercò di risolvere sperimentalmente la quistione operando su coniglie; in alcune fece l'estirpazione totale dell'utero, in altre l'estirpazione dell'utero e delle trombe, talvolta estirpò soltanto un corno uterino con o senza la tromba relativa. Ma in tutti i casi estirpò un ovario e l' osservò al microscopio per notarne lo stato al momento dell'operazione, affine di poter studiare gli eventuali sottili cangiamenti dell'ovaio rimasto alcun tempo dopo l'atto operativo. L'A. venne alle seguenti conclusioni: 1.° dopo l'estirpazione dell' utero le ovaie continuano a funzionare. Il processo della maturazione e della deiscenza dei follicoli di Graaf, come anche la formazione dei corpi lutei falsi non subisce alcuna alterazione; 2.° la contemporanea estirpazione dell' utero e delle trombe non ha alcuna influenza sulla funzione delle ovaie. G. citava anche il caso di una donna operata da Lebedeff d' isterectomia, morta di malattia intercorrente tre anni dopo, le cui ovaie presentavano tutti gli stadii di sviluppo del follicolo di Graaf fino alla formazione del corpo luteo completamente sviluppato, senza che le medesime mostrassero alcuna traccia di processi atrofici. Giudicando dai risultati sperimentali ottenuti, G. era di avviso che bisogna in ogni caso di estirpazione dell' utero rimuovere contemporaneamente le ovaie nei soggetti trovantisi nel periodo di attività sessuale completa, subito che le osservazioni cliniche permettono di porre in rapporto i multiformi disturbi della salute con la funzione ininterrotta delle ovaie. Tali disturbi, che consistono talvolta in attacchi dolorosi al basso ventre, tal'altra in manifestazioni riflesse complicate, quali nausea, vomito, dispnea, nevralgia, disturbi muscolari, ecc., scompaiono dopo una certa durata senza lasciar traccia, per poi ricomparire in capo ad un certo tempo, così che in ciò si può riscontrare una certa periodicità. Talora questi attacchi posseggono a principio il carattere di *molimina mestrualia* e sembrano di ricordare gli afflussi di sangue mestruali negli organi pelvici. Queste manifestazioni morbose nei soggetti giovani insorgono in un modo così costante che, secondo l'A., si potrebbero designare sintomatologicamente con la denominazione di « manifestazioni secondarie dopo l' estirpazione totale dell'utero. » (« Experimentellle Untersuchungen ueber das weitere Schicksal der Ovarien, und Tuben nach der Totalextirpation des Uterus bei Kaninchen. » *Centralbl. für Gynäk.*, 1889, N. 7, p. 105-8).

Glävecke in un lavoro elaborato, il cui materiale proviene dalla clinica di Werth (Loco cit.), arrivava alla conclusione che dopo l'estirpazione totale dell'utero, lasciando in sito gli ovarii, si osservano

tamente per fissare il moncone alle pareti addominali. Mercè il termo-cauterio di Paquelin si caustica il canale cervicale per tutta la parte posta sopra del laccio ed anche per un certo tratto al di sotto, e si esporta poi con un bisturì ovvero con forbici curve l'escara e porzione della carne del moncone in modo imbutiforme, per ridurre il volume di questo al *minimum*, lasciandone in sito quanto basta per dare appoggio al laccio elastico. Si fa precedere la causticazione all'asportazione, perchè germi patogeni eventualmente esistenti nella località potrebbero essere inoculati nella profondità dall'istrumento tagliente. L'asportazione delle pareti del canal cervicale ha per iscopo di opporsi al residuare di fistole parieto-

---

al tempo delle regole *molimina mestrualia*, che però vanno a mano a mano diminuendo fino a scomparire in capo ad un anno; soltanto raramente si verifica melanconia o psicosi. Giammai si notano emorragie vicarie. Secondo l'A. i disturbi dopo l'estirpazione totale dell'utero sono insignificanti, mentre quelli indotti dalla castrazione sono notevoli e numerosi.

Ma Grammaticati con un'ulteriore pubblicazione (« Sulle manifestazioni cliniche in seguito dell'estirpazione di singoli parti degli organi sessuali femminei — ovarii, utero, ecc. » Wratsch, 1892, p. 5), tornava sull'argomento, e fondandosi sugli esperimenti da lui fatti nelle coniglie e sulle osservazioni cliniche, dimostrava il contrario di quanto era stato asserito da Gläveche, cioè che dopo la rimozione dell'utero i disturbi sono molto più intensi che in seguito della castrazione ovarica. Per effetto di questa manca l'organo che eccita la funzione del centro lombare, il quale seguita a funzionare solo automaticamente con minore energia, ma la sua attività presto o tardi si esaurisce: dopo l'asportazione dell'utero rimane l'ovario, il fattore che stimola il centro lombare; perciò i *molimina mestrualia* debbono essere molto più energici. In seguito alla castrazione si verificano più di rado emorragie mestruali, l'impulso diviene sempre più debole ed in ultimo cessa; dopo l'asportazione dell'utero l'impulso continua, e non può aversi emorragia mestruale, perchè manca l'utero; i disturbi sono adunque più intensi, ai *molimina mestrualia* si aggiungono i dismenorroici. Naturalmente i sintomi dismenorroici sono tanto più deboli, quanto più le pazienti sono vicine alla epoca critica; nelle donne molto innanzi negli anni non si verificano affatto, per essere le ovaie già atrofiche. L'impressione che si ha, che dopo la castrazione i disturbi sieno più forti che dopo l'estirpazione dell'utero è soltanto apparente, e l'errore è prodotto da ciò che per lo più si estirpò l'utero di donne avanzate in età, mentre la castrazione fu praticata nella maggioranza dei casi in soggetti giovani. Così si spiega anche l'errore del Gläveckе. La conseguenza pratica che trae G. dal suo lavoro è di nuovo questa, che mentre nelle donne vecchie non è necessaria l'ablazione contemporanea delle ovaie, quando si porta via l'utero, nelle giovani bisogna asportarle.

Concludendo, secondo me, nello stato attuale della scienza, volendo seguire la pratica della maggioranza degli operatori sia nella estirpazione dell'utero per *vaginam* che nell'isterectomia per *abdomen*, bisogna asportare con l'utero anche le ovaie. Tale condotta verrebbe appoggiata potentemente dai risultati delle ricerche del Grammatikati, che paiono accostarsi più al vero; e si rifletta che giovani sono per lo più i soggetti sui quali si pratica il taglio cesareo alla Porro o l'estirpazione totale dell'utero *post sectionem caesaream*. Se non che, essendo piuttosto scarso il materiale clinico su cui si fonda il Grammaticati, io non mi fido di asserire che la quistione sia completamente risoluta; epperò ritengo che non sieno superflue ulteriori investigazioni a questo proposito.

cervico-vaginali. Si passa quindi alla fissazione del picciuolo all'angolo inferiore della ferita addominale, trafiggendolo con due aste di acciaio disposte a X al di sopra del laccio elastico, e si cauterizza col termocauterio l'interno e l'esterno del peduncolo da ridurlo così ad un disco membranaceo duro e disseccato. Per ovviare che questo disco ceda alle trazioni esercitate dalle aste metalliche e quindi cada fortuitamente nella cavità addominale, è utile di avvicinare i suoi margini mediante punti di sutura incrociantisi in tutti i sensi in modo da fare del moncone una specie di gomitolo (Doleris) (1) Infine si ricovre il peduncolo e si riempie la doccia peri-peduncolare con polvere di jodoformio e tannino o di tannino ed acido salicilico; sotto gli estremi delle aste metalliche si pongono delle faldelle di garza per evitare la contusione delle parti molli. Dopo la caduta del moncone, che generalmente avviene in terza settimana, ma che è dato affrettare, si può fare la recentazione e la sutura dell'infundibulo residuale con punti profondi e superficiali con seta (Bona, Sutugin, ecc.).

Ma al trattamento extraperitoneale col processo di Hegar mi pare sia da preferirsi l'intraparietale. Non si può negare che il processo Hegar sia più semplice, più rapido; esso però offre garanzie alquanto minori contro il pericolo dell'emorragia e della sepsi. Non è impossibile ad aversi un'emorragia primaria o secondaria a causa dello scivolare del laccio, o dello scappare di una porzione del peduncolo alla costrizione. Non raramente è accaduto che il prodotto originatosi dalla necrosi del peduncolo siasi fatto strada attraverso le fessure rimaste fra peduncolo e pareti addominali ed abbia dato luogo ad una peritonite. Nè la fissazione del peduncolo con aste metalliche si è dimostrata sempre valevole per evitare l'infossarsi del peduncolo; ad onta di essa l'imbuto più tardi divenne profondo, difficilmente accessibile e quindi incomodo ed imperfetto il trattamento posteriore. In generale la cura consecutiva è più lunga e un po' più accentuata la predisposizione alle ernie ventrali. Volendo mettere in opera il trattamento intraparietale, previa allacciatura

---

(1) CHEVRIER. « Enucleation des fibromes utérins par la voie abdominale. » *Nouv. Arch. d'Obst.*, 1891, p. 375. Un procedimento simile era stato già messo in opera da Truzzi (1888, caso 292.°) e veniva adoperato in seguito anche dal Bertazzoli.

(le uterine comprese) e recisione dei ligamenti larghi ed abbandono dei peduncoli di questi ligamenti nel ventre (Kehrer), il peduncolo uterino scavato a cratere viene cucito da un lato all'altro da risultare una linea di sutura parallela alla ferita addominale (Fritsch); indi si sutura il peritoneo parietale col viscerale (Löhlein, Kelly) e si fissa il moncone alle pareti addominali mediante sutura a sospensione. Siccome per portar via tutti i fili di seta adoperati per le suture ci vuole un certo tempo (3-4 settimane secondo Fritsch), si può adoperare invece della seta il catgut, come consigliano Fritsch e Kehrer: in tal modo il trattamento consecutivo sarebbe di molto agevolato.

Ma il trattamento extraperitoneale del moncone in generale, sia anche l'intraparietale, deve essere considerato come metodo di eccezione, cioè riservato al massimo a pochissimi casi (vedi indicazioni), se pure non si creda bandirlo fin da ora dalla pratica, mentre il metodo dell'affondamento del moncone va riguardato come procedimento di elezione. Io non starò qui a sottoporre ad un'analisi minuta i due metodi rivali facendo un ragionamento più o meno lungo e sottile per dedurne l'inferiorità dell'extraperitoneale, poichè ciò uscirebbe dai limiti del compito prefissomi; dirò solo brevemente: 1.° che il pericolo della sepsi *caeteris paribus* è maggiore col metodo extraperitoneale (sia pure l'intraparietale); 2.° che il pericolo dell'emorragia è su per giù lo stesso; 3.° che la cura consecutiva è lunga nel trattamento extraperitoneale, nulla o quasi nella pratica dell'affondamento; 4.° che nel trattamento extraperitoneale è maggiore la possibilità dello strozzamento intestinale; 5.° che nel trattamento extraperitoneale si hanno dolori da stiramento e disordini da parte della vescica, i quali mancano nel governo con l'affondamento; 6.° che nel trattamento extraperitoneale possono residuare fistole addomino-cervico-vaginali o semplicemente addominali (peri-peduncolari); 7.° che nel trattamento extraperitoneale è maggiore la predisposizione alle ernie ventrali (1) In quanto al risultato statistico puro e semplice, esso, a dir vero, parla un poco più a favore del trattamento

(1) Il compianto Fasola, nell'occuparsi dell'ernia addominale consecutiva a laparotomia, avendo tenuto in osservazione le operate nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze, ebbe a registrare il detto esito in quattro delle operate alla Porro col governo extraperitoneale (Loco cit., p. 78).

extraperitoneale (1). Però si sa come spesso sia inesatto il responso della statistica per le molteplici cagioni di errore che possono influirvi, sulle quali credo inutile insistere qui, essendo da lunga pezza notissime a chicchessia; non ultime fra esse sono: il diverso valore chirurgico dei due metodi di cui si vuol fare il paragone, per rapporto allo stesso pe-

---

(1) Nel trarre partito dal materiale casistico per rapporto ai risultati dei varii processi di trattamento del moncone, ho pensato di mettere in un gruppo i casi di fissazione del peduncolo all'angolo inferiore della ferita ventrale, comunque questa fissazione venne fatta, e in un altro quelli in cui il moncone fu abbandonato nel ventre, qualunque fu il processo di affondamento seguito. Ho messo poi in un terzo gruppo i 9 casi trattati col processo dell'inversione in vagina. So ben io che, così facendo, nel primo gruppo vanno confuse osservazioni non perfettamente simili, anatomicamente e clinicamente parlando, come quelle di trattamento col processo Pean, Hegar (extraperitoneali ed extra addominali insieme), e quelle di trattamento col processo Wölfler-Fritsch e varianti (extraperitoneali, ma intraparietali ad un tempo), e so altresì che nel secondo gruppo vanno accomunati casi parimenti non del tutto identici, anatomicamente e clinicamente parlando, come quelli in cui la superficie di sezione del moncone venne a pescare liberamente nel cavo peritoneale (processo di Olshausen, ecc.), ovvero soltanto in piccola parte (proc. Schröder originale), ovvero fu appartata dal cavo peritoneale, ma i fili di legatura del peduncolo vennero ad attraversare la carne di questo, con o senza interessamento del canal cervicale, e a trovarsi più o meno in contatto col peritoneo (processo Zweifel primitivo, ecc.), ovvero infine la detta superficie venne ad esser ricoperta da peritoneo senza che alcuna legatura del moncone attraversasse la sierosa (processo così detto sub-peritoneale, secondo la espressione del Bassini, ovvero « intraddominale, ma extraperitoneale, » secondo la qualifica di P. Dudley, (Goffe, loco cit.); ma io ho creduto di regolarmi nel modo anzidetto per non sminuzzare troppo il materiale casistico, come sarebbe accaduto se io avessi diviso statisticamente i diversi casi a seconda dei diversi processi, senza dire che per alcuni di questi non avrei potuto dare alcuna conclusione, perchè rappresentati da un numero troppo esiguo di osservazioni. Del resto i casi di trattamento intraparietale sono molto analoghi a quelli di trattamento extraperitoneale ed extraddominale (Pean, Hegar), e dànno luogo, sebbene in grado minore, agli stessi inconvenienti, donde è razionale computarli insieme; e i casi di trattamento retroperitoneale, che potrebbero esser separati dai casi di trattamento intraperitoneale più o meno genuino, siccome sono dotati della stessa caratteristica di affondare il moncone, evitando così tutti gli inconvenienti della ventro-fissazione, vanno piuttosto calcolati insieme coi casi di trattamento intraperitoneale più o meno pretto. Nel computo non ho tenuto conto dei casi operati *in extremis*. Per 6 casi non ho potuto sapere quale trattamento fu adoperato.

E dopo queste dichiarazioni per bene intendersi, ecco il risultato lordo del calcolo statistico pel periodo 1876-92:

trattamento extraperitoneale .	casi 410 —	mortalità	37 0[0
affondamento	» 60 —	»	45 »

Se poi, per ovviare quanto più è possibile alle due sorgenti di errore sovraccennate, si tien conto soltanto dei casi appartenenti al periodo 1887-92, si ottiene quest'altro risultato, il quale dà una mortalità lorda molto minore per entrambi i metodi, pur conservandosi un poco più elevata pel trattamento intraperitoneale:

trattamento estraperitoneale .	casi 198 —	mortalità	20 0[0
affondamento	» 60 —	»	26 »

riodo di tempo, e la disparità notevole nel numero dei casi messi a raffronto; i quali fattori si riscontrano entrambi nella statistica in quistione. Laonde il criterio statistico non avrebbe dovuto esser preso in tanta seria considerazione, come si fece da qualche operatore, sino al punto da far prescegliere in base soltanto ad esso il trattamento extraperitoneale.

In vista degli argomenti addotti, la maggioranza degli operatori ha finito per adottare la pratica dell'affondamento del peduncolo. Lo stesso Porro che fu tanto ligio al governo extraperitoneale — a segno che un suo assistente, il Truzzi (1), non volle riconoscere come operazioni Porro i casi di affondamento del moncone e quindi li escluse dalla statistica — per bocca di altro suo assistente, il Bertazzoli, ha finito per accettare, sebbene con qualche riserva, il governo intraperitoneale, ed egli stesso vi ha fatto ricorso. Così sono divenuti una realtà i voti già da lunga pezza manifestati a favore dell'adozione dell'affondamento del picciuolo da Welponer (2), Berruti (3), Zweifel (4), G. Veit, Cuzzi (5), Mangiagalli, Negri, Kleinwächter, Guzzoni degli Ancarani, Bossi, ecc., ed in tal modo ha finito per trionfare anche nel campo dell'operazione Porro il gran principio enunciato da Martin per le operazioni ginecologiche addominali, che cioè l'obbiettivo in ogni atto operativo è di lasciar le parti nelle loro proprie relazioni nella pelvi, poichè così gli organi compiono le loro funzioni liberamente. Non restano al giorno d'oggi che pochi operatori, fautori ostinati per quanto irragionevoli del trattamento extraperitoneale in ogni caso, i quali su per giù sono quelli stessi che non hanno voluto riconoscere i benefizii dell'operazione conservatrice, e nel campo puramente ginecologico ricorrono ancora al presente al governo extraperitoneale, come a metodo di elezione.

Or, volendosi affondare il peduncolo, si hanno a disposizione moltissimi processi, di cui parecchi furono da me già innanzi descritti; ed altri non descritti, perchè non ancora applicati all' operazione Porro

---

(1) « Sull'operazione Porro, ecc. » Loco cit., p. 14 e seg.

(2) « Contribuzione alla statistica dell'ovaro-isterotomia cesarea. » *Lo Sperimentale,* giugno 1879.

(3) « Contributo allo studio dell'istero-ovariotomia cesarea. » *Giorn. int. delle sc. med.,* 1880, p. 1292.

(4) *Arch. f. Ginäk.,* Bd. XVII, Hft 3, 1881; e *Lehrbuch der Geburtshülfe.*

(5) Vedi: Bossi. « Taglio cesareo con estirpazione dell' utero e delle ovaie ed affondamento del peduncolo, ecc. » *Riv. di Ost. e Gin.,* 1891, N. 14.

(Spence Wells (1), Schröder e varianti (2), Olshausen, Frank, Zweifel primitivo e perfezionato (3), Dudley-Goffe, Kocher (4), Chrobak, Al-

---

(1) *Brit. med. Journ.*, 1880, vol. II, pag. 373; risc. inoltre: « Dei tumori ovarici ed uterini, loro diagnosi e cura. » Trad. ital. del dott. G. Colombo, Milano, 1884, p. 498.

(2) Processi di Sänger (loco cit.), Cosentino (loco cit.), Ruggi (« Del trattamento intraperitoneale del peduncolo dopo l'amputazione sopravaginale del corpo dell'utero. » Bologna, 1890), ecc.

(3) Il processo Zweifel modificato dall'istesso A., consiste in ciò, che, previa allacciatura e recisione dei ligamenti infundibolo-pelvici e larghi nel modo solito, applicazione di un laccio elastico attorno al-

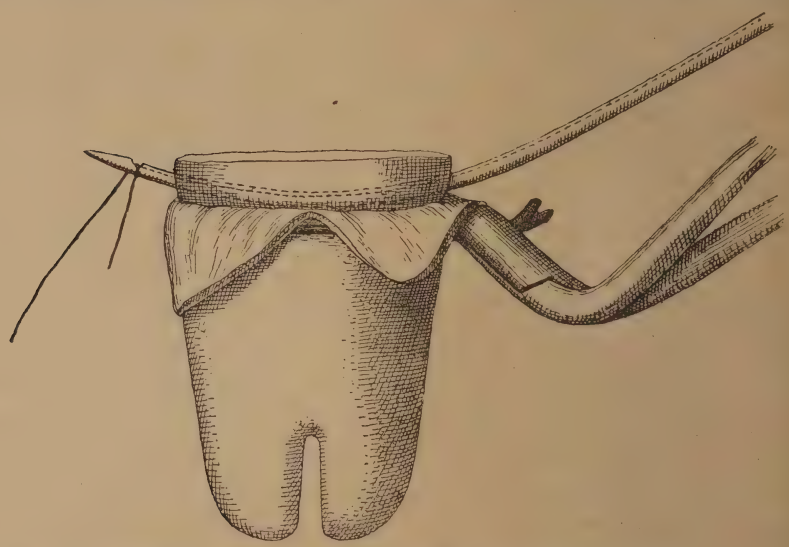


Fig. 10. — Rappresenta il peduncolo uterino visto di lato coi lembi peritoneali arrovesciati e l'ago passato attraverso di esso (disegno schematico).

l'istmo ed asportazione dell'utero col tumore, si prepara un manichetto peritoneale, scollando all'uopo la sierosa intorno intorno al moncone ed arrovesciandola, come si farebbe per la preparazione di un manichetto cutaneo nell'amputazione di un arto (Fig. 10); indi si passa alla legatura parziale continua del moncone, servendosi dell'ago a corsoio a punta acuta di Bruns (V. la stessa fig.), dopo di che si cuopre il peduncolo con la sierosa e si sutura questa a punto continuo (Fig. 11). In tal modo i fili della legatura del moncone non vengono più a comprendere contemporaneamente la sierosa e quindi a trovarsi nel cavo peritoneale, ma giacciono al disotto della sierosa e per conseguenza fuori del peritoneo. (« Ueber die intraperitoneale Stielbehandlung bei der Myomectomie. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLI, S. 62, 1891). — A parte la legatura parziale continua dei legamenti larghi e dell'utero, che forma la caratteristica del processo Zweifel, questo processo perfezionato è analogo ai processi Bassini, Dudley-Goffe, Chrobak, ecc. ed al pari di questi va qualificato come processo sub- o retro-peritoneale, la cui priorità e dell'idea e dell'esecuzione, spetta al nostro Bassini.

(4) « Zur intraperitonealen Stielbehandlung bei Hystero-Myomektomie. » *Korrespondenzbl. f. schweiz. Aerzte*, 1890, N. 13, Juli.

bert (1), v. Ott (2), Byford (3), Hunter Robb (4), Leopold (5), Baer (6), Richelot (7), ecc. ecc.

Non essendo questo lavoro destinato a studiare di proposito il trattamento del peduncolo, uscirei dai limiti del mio compito se sottoponessi ad un' analisi minuta tutti i suddetti processi allo scopo di decidere quale sia il preferibile; farò invece una breve critica soltanto di quelli

---

(1) « Weitere Laparotom. wegen Uterusmyomen nebst einer neuen Methode der Stumpfversorgung. » *Wien. med. Presse,* 1891, N. 41 e 42.

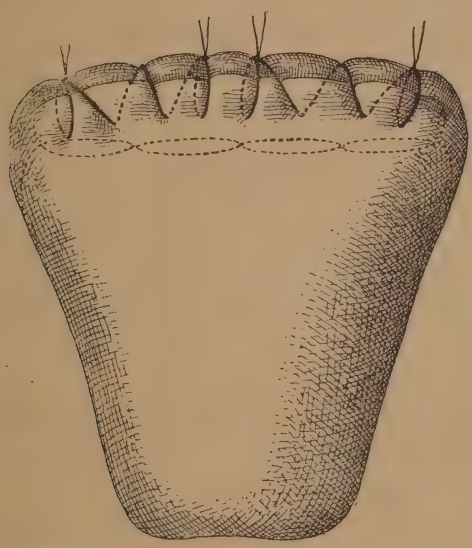


Fig. 11. — **Peduncolo uterino visto dal davanti con la legatura parziale continua e la sutura siero-sierosa** (disegno schematico).

(2) « Su di alcune modificazioni della tecnica dell' isteromiomotomia. » *Wrasth,* 1891, p. 413, e *Giorn. di Ost. e Gin.* (russo), 1891, p. 677, 741.

(3) « The technique of vaginal fixation of the stump in abdominal hysterectomy. » *Trans. of the Am. gyn. Soc.*, Philadelphia, 1891, Sept. Vedi riv. del prof. Chiara in *Ann. di Ost.*, 1892, p. 470-74.

(4) « Hysteromyomectomy, with a report of four cases. » *The Johns Hopkins Hospital Bulletin,* 1892, June, N. 23, Baltimore.

(5) « Zur Myomotomie mit intraperiton. Stielbehandlung. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLIII, Hft. 1, 1892.

(6) « Supravaginal hysterectomy without ligature of the cervix, in operation for uterine fibroids. A new method. » Comunic. alla Soc. ginec. amer. nella 17.a riunione tenutasi a Brooklyn, sett. 1892. *Am. journ. of Obst.*, 1892, oct., p. 489.

(7) « De l'hystérectomie abdominale. » *Union méd.*, 16 april 1893; vedi anche: Guilleminot, « Traitment du pédicule intrapéritoneal, etc. » Thèse de Paris, 1893.

adoperati nell'operazione Porro e neanche di tutti, sibbene dei più importanti (Olshausen, Schröder, Frank, Zweifel, Chrobak), per poi esporre il processo che mi pare migliore.

Il processo Olshausen, cui non si possono disconoscere i vantaggi della semplicità, della speditezza e di una sufficiente garanzia avverso l'emorragia primaria e secondaria, non merita più di essere adoperato come processo di elezione per le ragioni seguenti: 1.° formandosi facilmente delle aderenze dell'intestino con la superficie di sezione del moncone, per essere questa non cucita, nè ricoperta da peritoneo, ma semplicemente protetta da un'escara, frutto della causticazione con l'acido fenico, col termo-cauterio, ecc., si può avere lo strozzamento intestinale, non che la formazione di una fistola entero-cervico-vaginale, la quale può anche essere conseguenza della necrosi dovuta alla continua pressione del laccio su di un'ansa intestinale che a questo abbia aderito; 2.° la porzione del peduncolo soprastante al laccio abbandonata liberamente nel ventre per le sue peculiari condizioni, tra i vari destini cui può soggiacere: 1.° continuare a vivere, però di una vita meschinissima (la sua nutrizione, per quanto oscura, verrebbe assicurata da aderenze vascolarizzate che si formerebbero tra la sierosa sopra e sottostante al laccio in corrispondenza del solco profondo che racchiude il cingolo (Olshausen, Dohrn, Cuzzi (1), ecc.), e dalla parte centrale della zona di moncone abbracciata dal laccio (Cuzzi); 2.° subire la degenerazione adiposa, il cui prodotto poi viene riassorbito; 3.° necrotizzarsi; più facilmente va incontro alla necrosi, le cui conseguenze sono per lo più da temersi. Infatti, meno il caso in cui, essendo asettico lo stato della località e mantenendosi tale, si ha la espulsione della porzione necrosata insieme col laccio attraverso il canal cervicale senza reazione di sorta, la necrosi che qui si verifica è d'indole settica, ha luogo, cioè, con l'intervento di microorganismi, data l'impossibilità di evitare con sicurezza un'infezione postuma attraverso il canal cervicale, che nel processo originario di Olshausen resta permeabile (2), e dato il facile

---

(1) « Il laccio elastico nel trattamento intraperitoneale del peduncolo nelle laparomiomectomie. » In: *Studi di Ost. e Gin.*, opera dedicata al prof. Tibone. Milano, 1890.

(2) Quest'impossibilità costituisce un grave inconveniente del processo, riconosciuto dallo stesso Olshausen, per cui da questi e da altri si cercò di perfezionare il primitivo tecnicismo.

attecchire dei batterii sui tessuti mortificati. Una volta poi sviluppatosi, il processo settico può diffondersi in primo tempo al peritoneo e dar luogo ad una peritonite purulenta diffusa, ovvero circoscritta, qualora vengano in campo o preesistano le condizioni favorevoli per l'incapsulamento dell'essudato; o pure, rimanendo il processo settico circoscritto alla neo-cavità, i suoi prodotti possono farsi strada insieme a cenci necrotici ed al laccio attraverso il canal cervicale (1), i fornici vaginali, la vescica, il retto, ecc., non esclusa la cavità peritoneale, dando origine ad una peritonite secondaria. Che se, per rendere possibile una nutrizione capillare nella porzione soprastante al laccio, non si stringe questo sino al *maximum*, attenendosi così ad una proposta fatta anni fa da Sänger si andrebbe incontro facilmente al pericolo di una emorragia, la quale appunto si vuole scongiurare con l'uso del laccio. Cucendo poi il moncone, previamente provvisto di laccio elastico, più o meno accuratamente alla Schröder e ricuoprendolo in ultimo di peritoneo affrontato in superficie (processo Schröder-Olshausen), come fece Sänger nel suo caso di amputazione utero-ovarica per gravidanza in utero abnorme (vedi quadro statistico relativo, Oss. 3.ª), e come praticò e consigliò

---

(1) I casi di espulsione del moncone e del laccio, con o senza l'intervento di microrganismi, sono oramai numerosissimi, e la via di eliminazione più ordinaria è quella del canal cervicale. Per amore di brevità, trasandando qui di registrare i casi del genere occorsi nel campo puramente ginecologico (ne ho potuto raccogliere senza molta fatica una quarantina, tra i quali ho avuto l'opportunità di osservare quelli della Clinica ginecologica di Napoli riferiti da Lauro, *Ann. di Ost.*, 1891, e *Rif. med.*, 1893), mi limiterò a far menzione di quelli verificatisi in seguito ad amputazione sopravaginale dell'utero gravido, i quali, per quanto è a mia conoscenza, sono due: il caso di Negri (Oss. 407.ª del mio quadro statistico), in cui l'espulsione dell'intiero moncone avvenne in 25.ª giornata attraverso il canal cervicale, ed il caso di Bossi nel quale il laccio ed il moncone, sebbene questo presentasse un volume assai considerevole, furono espulsi in 25.ª giornata parimenti attraverso il canal cervicale (amput. utero-ovarica per rottura uterina. « Ruptures de l'utérus pendant l'accouchement, etc. » In: *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1893, p. 303 e seg.) — Nel caso di Martinetti (Oss. 322.ª del mio quadro statistico), in cui la vagina era quasi del tutto occlusa, presentando appena un pertugio di un millimetro, l'operata ebbe uno scolo sieroso per circa 8 mesi, il quale talvolta era abbondantissimo; in seguito la donna stette bene, e finora non si è avuta ancora l'espulsione del laccio. (Comunic. epist. dell'Op. in data del 18. XII. 1893). — Da questi casi e dagli altri da me raccolti io mi sono formato la convinzione che l'espulsione del moncone e del laccio elastico, almeno per rispetto al processo originale di Olshausen, rappresenta un esito quasi costante, senza però essere in grado di stabilire esattamente con cifre la frequenza di un tale accidente, e ciò per mancanza di dati; che la via di eliminazione più ordinaria è quella del canale cervicale; e che infine, dato sempre il processo in esame, raramente l'espulsione si verifica senza disturbi di sorta.

specialmente il Fritsch per l'amputazione sopra-vaginale dell'utero miomatoso (1), si viene, è vero, meglio che con una semplice causticazione della superficie di taglio del moncone a far fronte al pericolo della coalescenza dell' intestino con detta superficie, e a separare molto probabilmente la cavità peritoneale dalla cervicale in seguito dell'adesione del peritoneo che riveste il peduncolo; però i pericoli inerenti alla necrosi settica del moncone sussistono sempre, senza dire che va perduto il vantaggio, tanto decantato dai fautori della legatura elastica perduta, della semplicità e della brevissima durata dell'atto operativo.

Il processo Schröder è certamente uno dei migliori, sempre che si tratti di peduncoli piccoli, poichè conserva ai tessuti una sufficiente vitalità, grazie alla sutura a strati delle superficie cruentate sostituita dall'A. alle antiche legature in massa del moncone, ed esso assicura anche abbastanza bene contro il pericolo dell'emorragia. Perciò si spiega come fin dai primordii di sua invenzione questo processo sia stato accolto con le più vive simpatie e si sia così presto generalizzato. Ma, a furia di esperirlo, si è venuto ad assodare che esso non ha lo stesso valore quando si abbia a fare con peduncoli voluminosi, a tessuti poco cedevoli e molto vascolarizzati. Imperocchè in questi peduncoli, per le peculiari condizioni delle superficie di taglio, l'affrontamento di queste si ottiene ordinariamente a costo di un forte stiramento dei tessuti. Una volta abbandonato il peduncolo a sè stesso dopo l'affondamento, siccome le dette superficie hanno la tendenza ad allontanarsi l' una dall' altra, se la sutura ha la forza di tenerle strettamente a contatto non si ha emorragia. Ma allora non mi sembra potersi escludere il pericolo della necrosi, o per lo meno quello del non aderire delle superficie di taglio, per la ragione che, essendo stata necessità di applicare i punti di sutura in grandissimo numero, abbastanza profondamente e spesso in varia direzione sullo stesso piano, e di stringerli molto, appunto per ottenere il contatto intimo delle superficie affrontate, si può avere l'abolizione totale o parziale della circolazione nella zona di tessuto compresa nella cucitura. Che se la sutura è insufficiente ad annullare la tendenza a separarsi delle superficie cruentate, ne segue lo allentamento dei punti e quindi

(1) *Breslauer ärztl Zeitsch.*, N. 1. — Riv. in: *Centralbl. f. Gyn.*, p. 471.

un'emorragia. Per evitare un'emorragia secondaria Brennecke ha sentito il bisogno di fare in ogni caso una sutura a sopraggitto accuratissima di 4, 5 fino a 6 strati, applicando da 60 a 200 punti (!), la qual cosa riesce di grande fastidio, ed impiegando per una miomectomia alla Schröder in media per lo meno 2 ore (1), il che rende quest'operazione *caeteris paribus* inferiore ad un'altra che abbia bisogno della metà del detto tempo per essere condotta a termine. Ed anche allo stesso scopo furono proposte delle modificazioni al processo Schröder, da Leopold (2), Kovacs (3), Martin (4), Ruggi (5), ecc. Tra queste rileverò qui soltanto quella di Martin consistente nell'allacciatura del peduncolo in due metà con un robusto filo di seta pei casi in cui, ad onta di accurata sutura a strati, si abbia uno stillicidio sanguigno dai tragitti dei punti, perchè la trovo eseguita dal Bossi in entrambi i suoi casi di operazione Porro (Oss. 386.ª e 395.ª del quadro statistico) a scopo preventivo: ora mi sembra che questa pratica faccia acquistare la sicurezza contro l'emorragia a prezzo del pericolo della necrosi, su per giu allo stesso modo della legatura elastica perduta. Ed infine è stato anche in vista della difficoltà di ben suturare col processo Schröder i peduncoli voluminosi che Zweifel ed Hofmeier (6) hanno proposto i loro processi.

Il processo dell'inversione del peduncolo in vagina, che s'intitola comunemente dal nome di Frank, ha il carattere dl essere contro natura, e non è attuabile, ovvero con grandissima difficoltà, nei casi di notevole angustia della cervice, come lo stesso Frank ebbe a riconoscere nel suo ultimo caso di operazione Porro (vedere appresso), per cui non vi fece ricorso, neppure, a mio avviso, nei casi di strettezza estrema del bacino da osteomalacia. Sebbene abbia dato buoni risultati nelle mani di Frank, Beaucamp e Frascani (su 9 casi 1 morte), non ha incontrato affatto il

---

(1) « Ein Wort für die Schöder'sche Methode der Myomotomie. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXI, 1891, p. 1 e seg.

(2) *Arch. f. Gyn.*, Bd. XX, Hft. 1, 1882.

(3) *Wien. allg. med. Zeit.*, 1879, p. 537.

(4) « Patologia e terapia delle malattie delle donne. » Trad. ital. del prof. Pestalozza, sulla seconda edizione tedesca (1887) con prefazione del prof. Cuzzi, pag. 210.

(5) « Del trattamento intraperitoneale dopo l'amputazione sopra-vaginale del corpo dell' utero. » Bologna, 1890.

(6) Loco cit.

favore degli operatori e non credo che arriverà a pigliar dritto di domicilio nella pratica del parto cesareo.

Il processo Zweifel primitivo, adoperato dall'A. tale quale l'ho descritto nel suo secondo caso di operazione Porro (Oss. 319.ª del quadro statistico), pur offrendo ottime garanzie contro l'emorragia, era capace di esporre la porzione strozzata del moncone alla necrosi settica, perchè il peritoneo peduncolare era abbracciato dai fili della legatura, e questi attraversavano il canal cervicale, il quale veniva lasciato pervio e semplicemente cauterizzato col Paquelin. Difatti lo Zweifel ebbe a lamentare con questo processo alcuni casi di suppurazione o di formazione di ascesso nelle vicinanze del peduncolo (1). Zweifel in seguito perfezionava il suo processo (2) nel modo come io l'ho poc' anzi descritto, e pubblicava nel 1891 gli splendidi risultati con esso ottenuti (53 casi con 4 morti), e con questo processo operava il suo terzo caso di operazione Porro (vedi appresso). Niuno vorrà disconoscere che questo processo modificato è molto superiore al primitivo, perchè il peritoneo, non essendo compreso nella legatura parziale continua, può sopperire alla nutrizione della porzione di peduncolo posta sopra della legatura; perchè il peritoneo non formando più parte integrante del peduncolo, dal momento che non vien più compreso nell'allacciatura di questo, più facilmente aderisce; perchè, data una tale aderenza, in breve tempo il peduncolo si trova sequestrato fuori della cavità peritoneale, per modo che un'eventuale infezione del moncone, mentre nel primitivo processo poteva diventare facilmente peritonitica, col processo perfezionato rimane parametritica, ed i suoi prodotti trovano il loro deflusso attraverso il canal cervicale; e perchè finalmente questo canale non viene semplicemente cauterizzato col Paquelin, ma eziandio escisso con porzione dei tessuti limitrofi, affine di distruggere i batterii che per avventura potessero trovarsi nella località, e non lasciare in sito un'escara più o meno voluminosa. Però, neanche in questo processo perfezionato è ri-

---

(1) Risc. la monogr. « Die Stielbehandlung bei der Myomectomie, » p. 59 e seg.

(2) Non saprei dire precisamente in quale epoca questo perfezionamento fosse attuato, ma certamente è posteriore all'aprile del 1889, poichè la 2.a ediz. del « Lehrbuch d. Geburtsh. » dell'A., la cui prefazione porta la data di aprile 89, dà a proposito del trattamento del peduncolo nell'operazione Porro l'identico processo che è descritto nella monografia.

mosso l'inconveniente dell'attraversare che fanno i fili delle legature il canale cervicale, sul quale Olshausen e Kaltenbach (1), facendo la critica del processo primitivo, richiamarono specialmente l'attenzione. Del resto, salvo qualche piccola variante, il processo Zweifel perfezionato è quello che meglio si attaglia al trattamento dei peduncoli voluminosi, a tessuti poco cedevoli e grandemente vascolarizzati, come quelli con cui si ha a fare nell'ovaro-isterectomia cesarea; se poi sia razionale di generalizzarlo, come fa l'A., al trattamento di qualsiasi peduncolo da amputazione sopravaginale dell' utero, non è qui il luogo di discutere con quell' ampiezza che merita un tal particolare (2).

Il processo di Chrobak come quello che, al pari dei processi di Bassini, Dudley-Goffe, Zweifel, ecc., è fondato sul principio di appartare dal cavo peritoneale la ferita del moncone mercè formazione di lembi peritoneali e sutura siero-sierosa, è senza dubbio di gran valore (3); anche l'idea originale di tagliare i lembi peritoneali d'ineguale lunghezza, affinchè la linea di sutura della sierosa venga a capitare fuori dell'ambito del peduncolo, e quindi questo sia ricoperto da sierosa intatta, è buona; però il processo mi pare passibile dei seguenti appunti: 1.° non è sufficiente la semplice allacciatura delle arterie uterine, anche fatta profondamente a ridosso della volta vaginale, ad errestare l' emorragia da peduncoli grandemente vascolarizzati; da ciò la necessità della legatura segmentata del moncone. Una tale insufficienza fu rilevata anche da v. Worz a proposito del trattamento dei peduncoli da amputazione

---

(1) « Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäcologie in Halle, » 1888.

(2) Se si tien conto dei risultati ottenuti recentemente da alcuni operatori nella miomectomia, facendo la legatura isolata delle arterie uterine invece di porre legature o suture sulla carne del peduncolo, pur adoperando il processo sub-peritoneale, bisogna dire che la legatura parziale continua del moncone non è indispensabile, potendosi ottenere gli stessi splendidi risultati conseguiti dallo Zweifel col suo processo mercè quello testè menzionato, il quale chirurgicamente è anche più perfetto, e risponde all'ideale del trattamento quando si voglia lasciare in sito il peduncolo uterino. Con questo processo il Baer, di Philadelphia, per citare quegli che più di ogni altri ha insistito sull' inutilità di applicare legature o suture sul peduncolo, su 46 casi ha avuto 2 morti soltanto, non imputabili affatto al modo di trattare il moncone (Loco cit., e « A supplement paper upon supra-vaginal hysterectomy by the new method with report of additional cases. » *Trans. of the Am. Gyn. Soc.*, Vol. XVIII, 1893).

(3) In omaggio alla verità, bisogna confessare che il Chrobak, se non è stato il primo ad immaginare ed ad attuare questo procedimento, è stato però quegli che maggiormente ha contribuito a fargli acquistare domicilio nella pratica per averne dato una descrizione eccellente e per gli splendidi risultati con esso ottenuti.

utero-ovarica cesarea (1). Una volta poi che l'esperienza ha dimostrato che è necessario fare in secondo tempo la legatura segmentata del moncone, a malgrado siasi praticata l'allacciatura delle art. uterine, perchè non far quella fin dal principio e rinunziare a questa, che non è neppure razionale, perchè viene ad annullare gran parte della circolazione nella porzione del collo sottostante all'allacciatura segmentata? 2.° la pratica di lasciar aperto il canal cervicale allo scopo di dare libero deflusso ai secreti della ferita del moncone può esporre al pericolo della penetrazione nella parte soprastante alla legatura segmentata dei microrganismi, i quali nelle ampie escare che ricuoprono le pareti del canal cervicale e la superficie di sezione del moncone trovano un terreno favorevole di cultura. D'altro canto, se il secreto della ferita del peduncolo è sterile, come appunto deve essere nei casi ordinarii e quando si operò asetticamente, viene riassorbito senza disturbi; laddove, se è avvenuta un'infezione della ferita in questione, il libero deflusso del secreto attraverso la cervice non mette al sicuro l'operata, come dimostrano i casi di Hofmeier, che, sebbene sia fautore della pratica anzidetta, non potè non rilevare la cosa (2). Non mi sembra, quindi, che la pratica di rimanere ampiamente pervio il canal cervicale meriti di essere adottata in modo sistematico; essa invece è destinata, a parer mio, a trovare la sua applicazione nei casi d'infezione del collo. Lo stesso dicasi dell'uso del drenaggio cervico-vaginale con garza al jodoformio, raccomandato sistematicamente da Besselmann (3) e Johannovsky (4), ecc., nel trattamento retroperitoneale (5).

E, dopo ciò, ecco il processo che mi pare il più razionale, qualora si voglia lasciar in sito un peduncolo. Esso si può dividere nei seguenti tempi:

1.° Aperto l'utero ed estratto il prodotto, previa *forcipressura dei*

---

(1) Loco cit.

(2) « Zur retroperitonealen Stielversorgung bei Myomoperationen » *Centralb. f. Gyn.*, 1893, N. 48.

(3) « Beitrag zur retroperitoneale Stielbehandlung nach Chrobak. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1891, N. 47.

(4) Loco cit., p. 366.

(5) Mentre correggo le bozze di stampa, mi viene sott'occhi un ulteriore lavoro di Chrobak sull'argomento (« Zur retroperitonealen Stumpfversorgung bei Myomotomie. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, N. 2), in cui quest'Operatore, che a principio aveva consigliato il drenaggio suddetto con una certa riserva, dichiara di averlo adottato in tutti i casi occorsigli negli ultimi 2 anni, e ciò per una maggior sicurezza.

ligamenti larghi mercè due lunghe pinze rette (mod. Collin) in modo da comprendere i ligamenti utero-ovarici, le trombe e i ligamenti rotondi e da giungere con i becchi in vicinanza della porzione sopra-vaginale del collo, si pratica l'*allacciatura parziale continua dei ligamenti larghi* col processo Zweifel e dopo se ne opera la recisione. Questa allacciatura, quando si è esercitati a praticarla, si fa in un tempo brevissimo. È utile abbracciare nell'ansa della legatura posta vicina al collo una piccola porzione di questo, in modo da comprimere sicuramente tutto il connettivo paracervicale a larghe maglie, ricco di vasi sanguigni e linfatici, allo scopo di scongiurare la formazione d'infiltrati infiammatorii nel sito. Sull' utilità di questa pratica hanno insistito, oltre Zweifel, Chrobak (1), v. Rosthorn (2). (Fig. 12, *l l*).

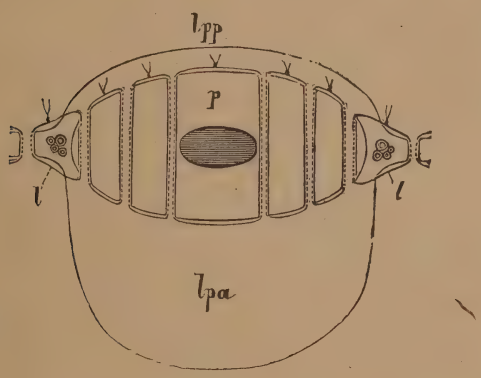


Fig. 12. — **Trattamento retroperitoneale del peduncolo** (disegno schematico).

p. Peduncolo — *l p a*. Lembo peritoneale anteriore — *l p p*. Lembo peritoneale posteriore — *l l*. Legatura comune ai ligamenti larghi e al peduncolo.

2.° *Formazione di due lembi peritoneali*, uno anteriore ed uno posteriore. Johannovsky consiglia di preparare questi lembi prima dell' apertura dell' utero, poichè afferma che la loro preparazione riesce

(1) « Ueber abbdominale Myomoperation. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1893, N. 20, p. 468.

(2) « Zur retroperitonealen Stielversorgung bei Myomotomie nach Chrobak. » *Wien. klin. Woch.*, 1893, N. 42, p. 754.

molto difficile dopo il vuotamento della matrice (1). Ora io, sperimentando su diversi uteri puerperali a termine di gestazione, mi sono potuto persuadere che questa grande difficoltà non esiste. Inoltre, a parer mio, il preparare i lembi sierosi prima d'incidere l'utero è una pratica che contrasta con l'indole del taglio cesareo, nel quale, come è noto, cura precipua dell'operatore, una volta aperto il ventre, dev'essere di estrarre il feto quanto più presto è possibile; inoltre il feto potrebbe soffrire a causa del disordine apportato alla circolazione uterina dal raddrizzamento dell'organo. La preparazione del lembo riesce più facile in avanti, dove la lassa aderenza del peritoneo alla muscolare sottostante arriva ad un livello più elevato; così che, se si volessero fare i lembi di eguale lunghezza, si sarebbe costretti non di rado ad incidere il peritoneo posteriore al di là del tratto ove esso è facilmente scollabile, la qual cosa prolungherebbe un pochino l'operazione. In vista di ciò e per la ragione accennata innanzi facendo la critica del processo Chrobak, è meglio fare di proposito il lembo anteriore lungo ed il posteriore corto. (Fig. 12, *lpa*, *lpp*). All'uopo s'incide la sierosa sulla superficie anteriore e posteriore dell'utero a mo' di semicerchio, avendo cura di riunire gli estremi delle due incisioni con gli estremi dei due tagli dei ligamenti larghi indi con l'indice si scolla la sierosa dalla sottostante muscolare fino all'istmo uterino. Questo processo della formazione dei lembi, che nella sua essenza appartiene al dominio delle operazioni plastiche, rappresenta un grande progresso nella chirurgia del peritoneo, e sarebbe lecito che trovasse la sua pratica applicazione anche in altre esigenze della chirurgia peritoneale (Johannovsky).

3.° *Amputazione dell' utero* per mezzo di un bistorì a livello dell'istmo. Indi si cerca di ridurre quanto più è possibile il volume del peduncolo, e non solo in senso verticale, ma anche antero-posteriore. Ciò è perfettamente possibile, perchè si è fatto ammeno della costrizione elastica dell'istmo, e questa possibilità costituisce un pregio inerente a questo processo, poichè, non servendo il peduncolo a nulla, quanto più piccolo vien lasciato, tanto più il tecnicismo è perfetto per rispetto all'estetica operativa.

---

(1) Loco cit., p. 369.

4.° Per premunirsi maggiormente contro il pericolo dell'emorragia è utile fare anche la *legatura isolata sulle superficie di taglio dei vasi spermatici e dei rami delle arterie uterine* ai lati dell'utero.

5.° *Trattamento del canal cervicale* nel modo innanzi descritto, il quale trattamento qui riesce anche più spedito e più esatto, perchè il collo non è compresso dal laccio elastico, che non si è adoperato (1).

6.° *Allacciatura segmentata del peduncolo.* Questa si può fare come la pratica Zweifel, cioè continua senza intreccio dei fili (Fig. 12), ovvero a catena continua secondo il processo di Wallich (2). Come materiale da legatura è a preferirsi la seta e tra le varie sorta quella trecciata Turner. L'anello di mezzo della catena (Fig. 12) deve abbracciare il vuoto imbutiforme rimasto in seguito all'asportazione delle pareti del canal cervicale e del tessuto prossimiore (3); e, per meglio portare a contatto le pareti di detto imbuto e metterle in grado di aderire nel tratto sovra e sottostante alla legatura, interrompendo così ogni comunicazione tra il canale cervico-vaginale ed il peritoneo, è buono applicare la suddetta legatura in vicinanza dell'imbuto peduncolare. — Ora io mi sono più volte dimandato, se si potesse in caso di operaz. Porro, previa allacciatura profonda delle arterie uterine, fare ammeno dell'allacciatura segmentata del peduncolo, adottando invece il procedimento adoperato, come ho detto, specialmente dal Baer di Philadelfia con splendido risultato nella miomectomia, consistente appunto nel fare la legatura isolata dei vasi afferenti all'utero senza porre alcuna allacciatura sulla carne del peduncolo, ma ho dovuto convenire che una tale pratica esporrebbe

---

(1) Anche il Fritsch ha rinunziato all'uso del laccio elastico in caso di operazione Porro (« Bericht über gynäk. Oper., » p. 93), come parecchi altri operatori vi hanno rinunziato da tempo nei casi di isterectomia addominale.

(2) « Sur la ligature en chaine, procédé pour placer les fils. » *Ann. de Gyn.*, nov. 1888. — Contro la legatura a catena continua Skene Keith ha obbiettato che, siccome l'ansa da stringersi tira sopra l'ansa già annodata, vi ha un certo rischio di allentarne il nodo. (« Treatment of the pedicle in ovariotomy. » *The Lancet*, 1892, April 30).

(3) Questa pratica di abbracciare in un'ansa della legatura il canal cervicale si trova adottata nei processi di Maydl (Loco cit.), H. Robb (Loco cit., fig. I e II della memoria) e di Leopold (*Arch. f. Gyn.*, Bd. XLIII, Hft. 1, fig. IV della memoria). Anche il collega Spinelli vuole che si faccia lo stesso; però egli consiglia la semplice causticazione del canal cervicale col Paquelin (vedi Nota al Tratt. di Ginec. del Pozzi, p. 294), e non la causticazione e la successiva asportazione dell'escara e del tessuto prossimiore, come pare più razionale si faccia.

al rischio di una emorragia più o meno grave. A conferma di questo modo di vedere stanno i casi di Chrobak (Oss. 402.ª del quadro statistico) e di Johannovsky (Oss. 403.ª), nei quali, essendosi trasandata la legatura in massa del moncone, ad onta della allacciatura delle arterie uterine, si ebbe una notevole emorragia dopo la rimozione del laccio elastico che costrinse a ricorrere alla legatura segmentata del picciuolo. L'insorgere di una tale emorragia, a malgrado della legatura isolata delle arterie uterine, non è difficile ad intendersi, quando si consideri che possono rimanere al di sotto della legatura uno o più rami cervicali dell'arteria uterina; ed, anche ammesso che la legatura capiti ad un livello inferiore a quello da cui si origina l'arteria circolare del collo, verrebbero in ogni modo a sfuggire all'azione delle legatura i rami vaginali della uterina medesima che questa dà prima della coronaria, i quali rami si anastomizzano, come è noto, coi rami della coronaria; 2.º che dalle vene contenute nel peduncolo, le quali, come si sa, pel fatto gravidico sono grandemente sviluppate (per cui hanno meritato il nome di seni venosi), vien fuori il sangue in esse circolante; 3.º che infine per effetto della legatura delle arterie uterine ai lati del collo aumenta la pressione nei rami posti dietro la legatura di provenienza dell'uterina, e per conseguenza, date le anastomosi cui ho accennato, si ha un aumento di pressione nelle vene del peduncolo alimentate dai detti rami, d'onde un'altra causa di perdita sanguigna venosa. Certamente non si può negare che l'ideale operatorio sarebbe di non applicare legatura di sorta sulla carne del moncone, per non lasciare una zona, benchè piccola, di tessuto sottratta al torrente circolatorio come *caput mortuum* nel fondo della pelvi, ma la necessità di una tale allacciatura, per quanto dura possa essere, dopo il fin qui detto s'impone indiscutibilmente.

Cucitura dei lembi peritoneali. Si fa a punti staccati alla Lembert, o a punto continuo anche alla Lembert. Si deve badare di non apporre i punti troppo vicini gli uni agli altri per evitare la mortificazione dell'estremo dei lembi. E non solo si deve cucire il peritoneo al di sopra del peduncolo uterino, ma anche al di sopra dei peduncoli dei ligamenti larghi, da rivestire anche questi ultimi perfettamente di sierosa, affine di non lasciare delle superficie scabre nel fondo della pelvi, le quali venendo in contatto con gli intestini potrebbero far sorgere

delle aderenze intestinali con tutte le loro conseguenze. Ciò fatto, mercè batuffoli di garza si asciuga il fondo della cavità pelvica, e si lascia in questa località un analogo batuffolo affidato ad un porta-spugna durante la cucitura della ferita ventrale, allo scopo di assicurarsi avanti la chiusura definitiva dell'addome se ogni perdita sanguigna sia cessata dopo di che si procede alla riunione della ferita addominale.

Il trattamento consecutivo è semplicissimo, ed appunto in questa estrema semplicità risiede, come ho già accennato, uno dei principali vantaggi del governo endoaddominale del moncone in generale ed in ispecie poi del retroperitoneale. Tra l' 8.° e il 10.° giorno viene cambiata la medicatura, e tolti i punti di sutura; verso il 20.° giorno l' operata può abbandonare il letto. — Le cure generali sono quelle che comunemente si mettono in opera dopo qualsiasi atto chirurgico sull'addome, quali: di mettere l'operata a giacere in un letto ben riscaldato; di non far ingerire acqua od altro per la via della bocca nelle prime 24 ore, affine di evitare il vomito (1); di essere molto parchi con l'uso degli oppiacei, perchè questi aumentano la sete, e, paralizzando l'attività dell' intestino favoriscono la formazione delle aderenze intestinali; di amministrare un leggiero purgante al 3.° o 4.° giorno; ed infine in soggetto debole con respiro difficile e polso molto celere di fare dei clisteri eccitanti e nutritizii (acqua con vino, brodo, ecc.), iniezioni ipodermiche di etere, di soluzione fisiologica sterilizzata di cloruro sodico sotto le clavicole, ecc. ecc.

(Continua).

---

(1) Se la sete è molto viva, si può far apprestare un clistere di acqua calda, secondo usa Greig Smith (W. Nagel. « Geburtshülflich-gynäkologische Reiseerinnerungen. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXVII, Hft. 1, 5, 247).

RENDICONTO BIENNALE (1891-92)

DEL

Comparto Ostetrico-Ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano

diretto dal Prof. **L. Mangiagalli**

PEL

DOTT. CARLO DECIO, ASSISTENTE

Seguendo la consuetudine di molti Istituti, e per continuare la serie dei Rendiconti del Comparto Ostetrico Ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano, diretto dal prof. Luigi Mangiagalli, ben volontieri mi assunsi il grato incarico di compilare il presente (1), riassumendo i fatti osservati, senza entrare in minute particolarità, a ciò che questo mio lavoro possa servire, starei per dire, di repertorio a coloro i quali sopra i diversi argomenti, nella parte che spetta all' osservazione clinica, peculiari ricerche amassero istituire.

Se non che, essendosi non poche modificazioni introdotte in questo frattempo nel Comparto, reputo non innoportuno il renderle note, in aggiunta a quelle notizie del Comparto stesso, che già diedi alloraquando compilai il rendiconto de' suoi primi quindici mesi (2).

La precipua delle innovazioni fu l'ampliamento del Comparto coll'aggiunta di nuovi locali, per il che esso fu reso più conforme ai bisogni della nostra città. I locali aggiunti appartenevano al Comparto pediatrico chirurgico, situati precisamente in prolungamento delle Sale Monteggia, per cui ora tutti i quattro lati del cortile appartengono a sale

---

(1) La parte che riguarda il movimento dell'anno 1891 venne raccolta dal collega dott. Adolfo Maroni.

(2) DECIO. « I primi quindici mesi del Comparto Ostetrico-Ginecologico dell' Ospedale Maggiore di Milano. » Rendiconto clinico. *Annali di Ostetr. e Ginec.*, 1890.

di spettanza del Comparto ginecologico. Colla annessione poi di questi locali, che aumentarono di ben 25 il numero dei letti, fu reso possibile una netta separazione dei vari servizi e fu permesso dare alle levatrici un alloggio conveniente, essere forniti di cucina, e di avere altresì un locale disponibile esclusivamente per le operazioni delle ammalate infeziose.

Io non voglio entrare in minuti dettagli riguardanti le modificazioni che subirono i vari locali, colla annessione dei nuovi, ma non potrò tacere del miglioramento delle latrine, della pavimentazione in piastrelle di cemento di tutte le sale e della abolizione di una scala interna, il che permise di istituire nel Comparto due camere da bagno, indipendenti l'una dall'altra, cosa che era veramente opportuna, anzi indispensabile.

Infine ora il Comparto ha eziandio una camera isolata, della massima necessità, allorchè si presentano casi gravissimi, deliranti clamorose, sospette di malattie contagiose e va dicendo.

In tale nuovo assetto funzionò il Comparto nell'anno 1892, alla fine del quale gli venne altresì concessa una sterilizzatrice di Koch di grande capacità, colla quale si possono disinfettare in copia considerevole tutto il materiale da medicazione, non che lingerie, e sopravesti, senza dover ricorrere come prima all'incomodo e pericoloso sistema delle fumigazioni di anidride solforosa.

Oltre a ciò la sala per le operazioni delle infeziose, e la sala dei parti furono munite di comodi lavamani, cui speciali apparecchi a termosifone forniscono continuamente acqua calda.

Ma se con tutto ciò il Comparto aveva migliorato le propie condizioni di ambiente, e poteva dire di aver raggiunto il suo assetto definitivo, facevagli ancora difetto una sala per le operazioni laparotomiche che meglio rispondesse alle esigenze dell'immenso lavoro, che, dimostrato dai rendiconti antecedenti, additano il Comparto dell'Ospedale Maggiore gareggiare coi più celebrati istituti ginecologici d'oltre-monte.

L'annessione dei nuovi locali permise di attuare il vagheggiato progetto poichè, ormai possedendo 3 sale operatorie — quella per le operazioni propriamente detta, quella destinata ai parti, e da ultimo una per le infeziose — si ottenne dall'Onor. Consiglio degli Istituti Ospitalieri che la prima di dette sale venisse modificata nelle sue condizioni, le quali descrissi nel mio primo rendiconto.

L'obbiettivo che si ebbe di mira fu quello di allestirla esclusivamente

per le operazioni di alta ginecologia, potendo le operazioni di minor conto essere praticate nella così detta sala dei parti.

Nell'ottobre dello scorso anno (1895), la sala per le operazioni laparotomiche fu compiuta. Misura come prima 25 m. q.; la parete in cui aprivansi le due finestre venne demolita, ed in suo luogo si sostituì un'ampia vetrata che dal pavimento arriva fino al soffitto, di guisa che un lato è esclusivamente in ferro e cristalli. Per questa ampia apertura la sala è illuminata splendidamente: speciali congegni permettono di mettere in giuoco le persiane esterne senza dover aprire le vetrate.

Il pavimento declive verso uno scaricatoio fu fatto in cemento, non in piastrelle ma bensì *in gettata*, cosicchè ne' suoi 25 m. q. di superficie non si osserva alcuna connettitura: e si continua colle pareti con dolce curvatura. Vennero levati gli stipiti delle due porte d'ingresso, e così pure a queste vennero tolte tutte le cornici e le sagomature e furono verniciate di bianco. Le pareti fino all'altezza di 2 metri sono di stucco lucido (finto marmo di Carrara), il rimanente e il soffitto imbiancati con calce pura. Venne tolta la lampada a gas appesa, e per gli eventuali interventi operatorî notturni si posseggono dei riflettori a gas. Queste furono le modificazioni generali, in quanto alla supellettile venne ridotta al minimo. Si tolsero dalle pareti tutti gli infissi destinati a sostenere i vasi per le spugne, drenaggi, flanelle, tubi costrittori, le casette della seta e del catgut, le quali cose furono tutte racchiuse in un armadio di ferro e cristallo, ove si trovano maggiormente difesi dalla polvere, ottenendosi così anche il vantaggio di aver diminuite le superfici su cui essa polvere può posarsi. Così pure venne levata dalla sala operatoria la sterilizzatrice per gli istrumenti, ed il fornello a gas usato per le operazioni di bollitura e furono collocati in uno spazio attiguo alla sala debitamente costrutto, a somiglianza di quelle così dette cappe, che soglionsi vedere nei laboratori di chimica. Tale cappa si apre all'esterno nel piccolo vestibolo della sala delle operazioni, e comunica altresì con essa per mezzo di un usciuolo di vetro, attraverso al quale si possono sorvegliare e compire le operazioni di disinfezione. In tal guisa si ottenne il duplice vantaggio, cioè di potere senza uscire dalla sala, accudire alle disinfezioni, e di non avere l'ambiente carico di vapori prodotti dalle ebullizioni e dai gas residui della combustione, la quale

ultima, nei mesi d'estate principalmente, portava la camera a temperatura troppo elevata.

Con tali modificazioni, la sala operatoria risulta della massima semplicità e comodità, che è appunto l'odierno *desideratum,* specialmente in un Istituto ove l'atto laparotomico, sia di elezione sia di urgenza, segna un procento così elevato in mezzo alle altre operazioni.

Ragioni di opportunità persuasero al prof. Mangiagalli di ricoverare le infeziose nelle sale, che prima della annessione delle nuove erano adibite per le gravide, cosicchè l'antica sala dei parti è ora divenuta la sala per le operazioni delle infeziose, e l'ampia terrazza coperta che fu aggiunta in un colle sale già appartenenti al Comparto pediatrico chirurgico è divenuta la sala dei parti, e delle operazioni di piccola ginecologia. Così si può dire che il Comparto è suddiviso in tre sezioni indipendenti, cioè la ginecologica, l'ostetrica (1), e da ultimo quella per le infeziose, affatto isolata.

L'attività clinica ed operatoria del Comparto che apparirà riassunta nel rendiconto che ho l'onore di presentare, e le varie publicazioni su diversi argomenti che furono oggetto a speciali ricerche scientifiche e cliniche oltrechè da parte del personale del Comparto, anche da parte di medici che volontariamente frequentandolo a lungo presenziarono operazioni, medicazioni ed esami, valgano a dimostrare che le spese incontrate dalla amministrazione del Pio Luogo, la quale tanto fu larga nel concedere per le accennate riforme, vennero perfettamente giustificate tanto nell'intento quanto nei risultati.

Reputerei più che superfluo inopportuno per un rendiconto statistico l'estendermi in minuti ragguagli circa il funzionamento dell'Istituto, epperò faccio punto, non dissimulando tuttavia l'intimo mio compiacimento, e cioè quello di potere pubblicare coi seguenti prospetti, risultati ancor migliori che per lo passato, ottenuti dall'amatissimo mio maestro il prof. Mangiagalli, cui piaccia gradire questo qualsiasi tributo di onoranza, che io bramo porgergli, benchè impari al sentimento dell'animo.

---

(1) Nella Sezione ostetrica sono ricoverate altresì quelle poche nutrici che abbisognino di cure senza interruzione dell'allattamento.

SEZIONE GINECOLOGICA.

Indicazione della malattia	Anno 1891				Anno 1892			
	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni
Immuni da malattie della specialità	29	29	—	. . . . .	12	12	—	
Uterus septus	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 729. Nullipara di 15 anni. Metrorragie. Raschiamento.
Ascesso della Gh. di Bartolini	—	—	—	. . . . .	3	3	—	N. 161. Incisione. La donna era altresì affetta da flemmone della fossa ischio-rettale omonima e da tub. polm. avanzata. N. 656. Complicata a perimetrite. Incisione indi massaggio per la forma pelvica.
Cisti della Gh. di Bartolini.	1	1	—	N. 41. Ablazione.				
Ascesso del piccolo labbro di sinistra	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 996. Nessuna cura.
Ulcera venerea	—	—	—	. . . . .	1	1	—	Passa al sifilicomio.
Vegetazioni verrucoidi a l'ano e alla vulva	1	1	—					
Lacerazione perineale	8	8	—	N. 100. Complicata ad endometrite. Raschiamento. Perineorafia. N. 398-417. Perineorafia Lawson Tait. Guarigione.	7	7	—	N. 154. Perineorafia. Guarig. — N. 871 (91). Plastica ano-perineale Lawson-Tait, eravi altresì prolasso della parete vag. post. e del retto. Guarigione. N. 302-445-506. Lacer. completa. Perineorafia Lawson-Tait. Guarig. N. 631. Perin. Hegar. Guarig.
Laceraz. traumatica della volta vaginale	1	1	—	N. 182. Sutura.				
Cicatrici vaginali multipli	2	2	—					
Papilloma vulvo vaginale	1	1	—	N. 524. Si rifiuta ad ogni interv.				
Epitelioma dell'ostio vulvare parete post.	—	—	—	. . . . .	1	1	—	Perineorafia previa escisione.
Ferita ai pudendi	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 746.

				tomia.				
Prolasso mucosa uretrale.	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 577. Escisione.
Vagino-uretrite blenorragica.....	6	6	—					
Pio-nefrosi destra.....	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 152. Volle uscire benchè sconsigliata.
Cancro vescicale.....	1	1	—	N. 74. Complicato a pielonefrite ascendente e pionefrosi.				
Fistola vescico-vaginale..	4	4	—	N. 34. Operata con completo successo. N. 102. Non guarita completamente. N. 571. Si rifiuta ad ogni operazione.	3	3	—	N. 301. Distruzione del setto vescico-vaginale con atresia quasi completa della vagina. Complicata a peritonite cronica e notevole ascite: fu operata in parecchi tempi, ed altresì di *laparotomia* per l'ascite; questa si riprodusse, ma scomparve poi che si potè del tutto chiudere la fistola. Guarig. N. 443. Vasta breccia consecutiva a parto laborioso. Numerose cicatrici vaginali vengono lacerate. La donna viene operata in parecchi tempi. Guarigione perfetta. N. 222. Chiusura della vagina.
Fistola cervico-vescicale sinistra.....	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 712 (91). Ebbe una degenza di 4 mesi. Fistola consecutiva e parto strumentale. Incontinenza completa dell'orina. Preparazione della vagina col tamponamento forzato. Cruentaz. sutura con seta. Migliorò assai: qualche goccia di orina perdevasi ancora. Guarì poi spontaneamente. *La donna fu sempre regolarmente mestruata.*
Fistola vagino-rettale.....	1	1	—	N. 265. Metodo di Lawson-Tait.	1	1	—	
Da riportarsi ...	59	59	—	Da riportarsi . .	36	36	—	

Indicazione della malattia	Anno 1891				Anno 1892			
	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto...	59	59	—	Riporto . .	36	36	—	
Sepimentaz. della vagina.	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 832 (91). Anni 17. Vergine. Sepimentaz. trasversale della vagina alla sua parte media. Malformazione dell'orificio uterino esterno. Ematometra. Apertura del sepimento. Dilatazione Hegar fino al n. 10. Uscita della raccolta ematica. Guarigione.
Ematocolpo	2	2	—	N. 39 e 136. Incisione.				
Stenosi del retto	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Prolasso del retto	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 771. Caso interessantiss., perchè complicato ad estrofia della vescica con prolasso utero-vaginale e vulvoschisi. Volle uscire.
Menorragia	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Metrorragia	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 704 da porpora, passa in sala medica.
Cisti del legam. rotondo..	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 425. Ablazione della cisti.
Retroversione.....	18	18	—	In 6 casi si praticò il raschiamento per concomitante endometrite. N. 289. Già operata col metodo di Alexander esito scarso, si opera di isteropexis addominale anteriore. N. 626. Isteropexis alla Leopold.	36	36	—	N. 232-284-708-719-815. Concomitando endometrite fu fatto il raschiamento e la riduzione, indi pessario. Nel N. 311 manovra di Schultze e perineorafia Lawson Tait. N. 481-817 oltre al raschiamento venne fatta l'amputazione vaginale del collo. Il N. 831 fu trattato col massaggio. Nella maggior parte si applicò il pessario.
Retrolatero versione.....	3	3	—	. . . . .	1	1	—	N. 865. Isterectomia forcipressura. Guarigione. N. 48. Associata a

								meno meccanico fu praticato il raschiamento. N. 88 manovra Schultze. In tutti pessario.
Retrolatero flessione	—	—	—	. . . . .	2	2	—	Associata ad aderenze periuterine. N. 452 riduzione nella narcosi. Pessario.
Antiflessione	29	29	—	In 18 casi si praticò il raschiamento per concomitante endometrite, preceduto in taluni casi dalla discissione del collo. Il N. 811 si trattò col massagg.	18	18	—	Spesse volte si trovò accompagnata da endometrite e da cistite. Nei N. 96-622-860 fu praticata la dilatazione e la discissione bilaterale seguita o meno da raschiamento. Nelle oss. 104-332-879 raschiamento previa dilatazione. Nell'oss. 308 raschiamento, amputaz. vag. del collo. N. 802 dilatazione ripetuta.
Dismenorrea meccanica ..	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 330. Dilatazione, discissione.
Prolassi vagino-uterini...	15	15	—	N. 120. Colporafia anter. N. 36. Con cistocele e rettocele. In un primo ingresso amputazione sopravaginale del collo e colporafia bilaterale; in un secondo ingresso colporafia anteriore e posteriore; in un terzo isterectomia vaginale; in un quarto colporafia anteriore e posteriore; in un quinto ancora colporafia con vasta escisione. N. 51. Colporafia anteriore e poster. Colpoperineorafia. N. 74. Isterectomia vaginale. Perineorafia a la Lawson Tait. Guarig. N. 125 e 195. Colporafia anter. Colpoperineorafia. N. 540. Amputazione di collo. Colporafia anteriore. N. 586. Amputazione di collo.	34	33	1	N. 812 (91). Ginnastica svedese. *Massaggio*. Miglior. N. 966 (91). Amputaz. sopravagin. del collo. Colporafia ant. e post. Guarigione. N. 45. Colporafia ant. e post. Guarig. N. 29. *Massaggio*. 28 idem. N. 119. Colporafia ant. Perineor. Lawson Tait. Guarig. N. 210. Colporafia ant. Lawson Tait. Guarig. N. 235. *Massaggio*. N. 232. Colpor. ant. Perineorafia Lawson Tait. Guarig. N. 414. Colporafia ant. Amputaz. sopravaginale del collo uterino. Guarigione. N. 424. Amputaz. sopravaginale del collo. Guarigione. N. 627. Amput. vag. collo. Colporafia ant. Colpoperineor. Guarigione. 742 Amput. vag. del collo. Colporafia ant. Colporafia post. Guarigione. N. 738. Colpor. ant. Guarigione. N. 724. Amput. collo.
Da riportarsi ...	136	136	—	Da riportarsi . .	147	146	1	

Indicazione della malattia	Anno 1891				Anno 1892			
	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto ...	136	136	—	Riporto . .	147	146	1	Colporafia ant. e post. Guarig. N. 743. Colporafia ant. Guarig. N. 741. Colporafia ant. e poster. N. 521. Prolasso completo in donna di 19 anni, nubile, nullipara, 41 sedute di *massaggio*. Guarigione. N. 910. Colporafia ant. e colpo-perineorafia, donna di 50 anni. Muore nella notte successiva alla operazione per sincope. N. 859. Amputaz. collo. Colporafia ant. e post. Perineorafia. Guarig. N. 755. Raschiamento. Colpor. ant. Perineorafia. Guarig. N. 852. Amputaz. collo. Colporafia ant. Colpo perineor. Guarig. N. 870. Colporafia ant. Guarigione.
Ipertrofia vaginale e sopra-vaginale longitudinale del collo	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 462. Isterectomia vaginale associata a colporafia ant. e post. Guarigione.
Cervico metrite.....	2	2	—	. . . . .	6	6	—	Cure topiche.
Endometrite e ipertrofia del collo.....	13	13	—	N. 72, 158, 162, 164, 304, 351, 354, raschiamento e amputazione di collo. N. 504, 506 raschiamento. N. 168 complicato a prolasso vaginale, onde anche colporafia.				
Endometrite.....	38	38	—	Dei casi molti furono trattati col raschiamento, altri con irrigazioni endouterine di sublimato.	86	86	—	Degli 86 casi 58 vennero operati di raschiamento preceduto o meno dalla dilatazione Hegar, e seguito di solito, di tre in tre giorni, da irrigazioni di sublimato e di acido fenico. Meritano

								N. 581 idem fu praticata l'amputaz. vagin. del collo. Le endometriti si presentarono: 53 *catarrali*, di cui 32 curate col raschiamento, le rimanenti con cure mediche, 27 *post-abortive* di antica data di cui 20 operate di raschiamento, 6 *adenpmatose*.
Erosioni papillari del collo	2	2	—	N. 872 con lacerazione cervicale. Amputazione di collo.	7	7	—	N. 333. Amput. sopravag. del collo perchè associavasi ectropion. Guarig. N. 631-714. Raschiamento.
Involuzione senile	2	2	—					
Metrite parenchimatosa ..	5	5	—	Si fece largo uso della cura con l'ittiolo. Nel N. 765 fu sperimentato il massaggio.	15	15	—	Talora si ricorse alle cure solventi. N. 166-409-508. Raschiamento. N. 473 associata a retroversione. Raschiam. Pessario.
Polipi vescicolari.....	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 925. Escisione.
Polipi fibrosi dell'utero...	6	6	—	N. 306, 608, 631, 823, 881 polipotomia. N. 526 polipotomia per morcellement.	17	16	1	N. 17, 70, 85, 179, 249, 250, 342, 687, 725, 732, 765, 808. In due casi il polipo era in avanzato sfacelo. Nelle osservaz. N. 568, 582. Alla polipotomia si fece seguire il rasch. Merita ricordo il N. 396 † associavasi carcinoma gastrico avanzato per cui la donna soccombeva poco dopo il suo ingresso *senza essere operata*.
Fibromi uterini	35	33	2	N. 71 si curarono le emorragie con la sabina e se ne ebbe molto vantaggio. N. 826. Metodo Apostoli (molti casi furono trattati all'Ambulanza). N. 258 complicato a cistite purulenta, non in condizioni da operarsi. N. 241 dilatazione, raschiamento, iniezioni endouterine di tintura io-	40	39	1	N. 815 (91). N. 43-160. Raschiam. N. 587 idem. N. 853. Complicato a ritenzione di residui ovulari, snucleamento del tumore. Raschiamento. N. 40. Laparomiomectomia. Guarig. N. 41 idem. N. 84 idem. N. 117. Ablazione annessi. Guarigione. N. 119. Laparomiomectomia. Guarigione.
Da riportarsi ...	239	237	2	Da riportarsi . .	320	317	3	

Indicazione della malattia	Anno 1891				Anno 1892			
	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto . . .	239	237	2	Riporto. . dica. N. 137 il tumore era sviluppato nel corno impervio, aderente al fondo pelvico di un utero bicorne. N. 396 complicato a polipo del canal cervicale, polipotomia. N. 384, 413, 411, 424, 634 trattamento Apostoli. N. 79 e 53 prima trattamento Apostoli e poi laparomiomectomia, trattamento del peduncolo extraperitoneale. Gli altri casi oltre gli accennati vennero trattati operatoriamente.	320	317	3	N. 191. Id. N. 155. Laparomiomectomia affondam. peduncolo. Guarig. N. 266. Idem. N. 303. Ablaz. annessi. Guarig. N. 312. Laparomiomectomia, affond. del peduncolo. Guarigione. N. 291. Isterectomia vaginale. Guarig. N. 483. Castrazione bilat. Guar. N. 632. Laparoisteromiomectomia. Guarigione. N. 589. Idem. N. 760. Idem. N. 896. Isterect. vaginale forcipressura. Guarig. N. 759. Castraz. bilat. Guarig. N. 866. Laparoisterect. Guarig. N. 763 bis. Isterectomia per via vaginale ed addominale, † per colasso in terza giornata. N. 419. Laparoisterectomia. Oligoemia profonda. Guarigione.
Cisto sarcoma uterino....	—	—	—	. . . . .	1	—	1	Isterectomia sopravaginale, † per colasso. Vedi N. 6.
Sarcoma uterino.....	1	—	1	N. 246 complicato a nefrite secondaria e carcinosi del legamento largo di sinistra. Laparo-isterectomia. Affondamento del peduncolo. Morte.				
Tumore fibro-cistico dell'utero.....	1	—	1	N. 312 complicazioni di broncocele e broncopulmonite. Morte.				
Mixosarcomi multipli dell'utero.....	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 490. Caso interessantissimo, donna di 29 anni. IIpara. Già operata per produzioni polipoidi.

								ingorgitato la vagina. L'utero è ingrossato come al sesto mese di gravidanza. Si esportano le masse vaginali. La paziente ritorna (N. 863), ma esce non operata per volontà propria.
Metrocarcinomi.....	95	89	6	N. 76, 48, 409, 533, 535, 575, 644 isterectomia vaginale. Guarig. N. 60 isterectomia vag., morte setticemia. N. 2 isterect. vag., morte per paralisi card. N. 61 complicato a fibroma del corpo. Laparo-colpo-isterectomia, morte per enterite gangr. N. 40. Raschiamento, amputaz. sopravaginale del collo. N. 75 e 578. Raschiamento. Cauterizzazione col Pacquelin. N. 143. Già stata operata nel giugno 1890, raschiam. N. 311, 315, 517, 662. Raschiamento e cauterizzazione al cloruro di zinco. N. 284 dilatazione, rasch. N. 138. Amput. sopravaginale. N. 372 rasch., trattamento con la pioctanina. N. 371 recidivo dopo isterect., rasch., cauterizz., pioctanina. N. 838 morta con forma pericardica.	79	73	6	La massima parte passò nel Comparto cronici, delle morte alcune furono portate in Sala adirittura agonizzanti, così il N. 1019 e il N. 198. N. 148, 190, 315 fu praticato il raschiamento. N. 62, 380, 526, 636 fu praticato il raschiamento seguito dalla cauterizzazione col cloruro dì zinco. Un caso rifiutò ogni intervento. N. 444. Cancro del corpo. Isterect. addominale totale. Guarig. N. 926. Complicato a fibroma interstiz. Raschiamento. N. 470. Isterectomia vaginale. Guarig. N. 433. Idem. N. 39 (91). Idem. N. 115, 102, 156, 214, 308. Idem. N. 919. Rasch. del canal cervicale. Guarig. N. 754. Isterect. vag. forcipressura. Guarigione. N. 812. Idem.
Papilloma del labbro posteriore dell'utero.....	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 263. Ablazione.
Cancro del retto.....	—	—	—	. . . . .	1	—	1	N. 124. Morì dopo poche ore dal suo ingresso.
Da riportarsi...	336	326	10	Da riportarsi...	403	392	11	

Indicazione della malattia	Anno 1891				Anno 1892			
	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto ...	336	326	10	Riporto ...	403	392	11	
Adenoma destruente	1	1	—	N. 632 raschiamento.	3	3	—	N. 106 associato ad insufficienza mitralica. Amputaz. sopravaginale del collo. Guarig. N. 192. Raschiam. Amputaz. vaginale del collo, intercorrente cistite e pleuro-polmonite. Guarigione, N. 535. Raschiamento.
Adeno carcinoma.....	—	—	—	. . . . .	1	—	1	N. 196. Isterect., † emorragia.
Ovaralgia.....	—	—	—	. . . . .	2	2	—	N. 331. Ovaro salpingect. bilater. Guarigione.
Ovarite e periovarite.....	—	—	—	. . . . .	7	7	—	Cure solventi.
Idrosalpinge	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 220. Laparotomia, puntura. Guarigione.
Ovarosalpingite.....	25	25	—	N. 219 con peritonite pelviva. Oncotomia.	8	8	—	N. 70 bis. Ovaro salpingect. bilat. Guarig. N. 86, 212, 418. Idem. N. 243. Laparot. esplorat. Guar. Eranvi anche nodi tubercolari e fusione di tutto l'intestino. N. 334. Ablazione annessi con piosalpinge. Guarig. N. 423. Ablaz. annessi. Guar. L'utero era bicorne, il rene sinistro spostato congenitamente e fisso.
Peri-ovarosalpingite.....	35	35	—	. . . . .	67	66	1	In 11 casi l'origine Neisseriana fu palese. N. 864, 965 furono trattati col massaggio. N. 116. Raschiam. Amputaz. vag. del collo per il labbro ant., e sopra vaginale del labbro post., essendo concomitante alla forma prevalente una vasta erosione con lacerazione cervicale ed ectropion. Guarigione. N. 287.

								di Laroyenne. Drenaggio. Guar. N. 479. Raschiamento. N. 243. Laparotomia sottoperitoneale, † in 30.ª giornata per esaurimento.
Piosalpinge	4	3	1	N. 320 salpingectomia, morte per setticemia. N. 635. Massaggio.	6	5	1	N. 295. Ovaro salpingect. Guar. N. 960, 1001, 44. Idem. N. 857. † complicata a pleurite essudativa destra. Non operata muore per la forma medica. N. 890. La malata volle uscire, eravi il dubbio di concomitante fistola retto tubaria.
Prolasso ovaio	1	1	—					
Tumori ovarici	39	33	6	N. 54, 55, 68, 139, 171, 200, 157, 315, 403, 319, 437, 414, 534, 438. 542, 655, 670, 747, 37, 281 ovariotomia. N. 194 notevole per difficoltà diagnostiche, per tachicardia e fenomeni maniaci post-operatorii. N. 321 laparotomia, †. — N. B. I N. 37, 281, 321 erano cisti dermoidi.	33	28	5	N. 81. Ovariot. compl. a fibromi, † sepsi. N. 42. Ovariot. Guar. N. 31. Ovariot. in puerp. Guar. La cisti era suppurata. N. 114. Idem. N. 215. Ovariotomia (dermoide). Guarig. N. 156. Idem. N. 267. Ovariot. (infraligam.). Guarig. N. 170. Ovariot. Guar. N. 939. Idem. N. 937. Ovariot. peritonite in atto. Guar. N. 887. Ovariot. (intraligament.). Guar. N. 482. Idem. N. 421. Ovariot. (bilaterale). Guar. N. 416. Idem. N. 422. Ovariot. (tors. pedunc.). Guar. N. 509, 510. Idem. N. 585. Ovariot. (intraligam.) †. N. 82. Ovariot. (intraligam.). Guarig. N. 76. Ovariot. (emorragia tardiva). †. N. 87. Ovariot. (emorr. tardiva). Guarig. N. 515, 954. Id. N. 788. Ovariot. Marsupializzaz. (sepsi) †. N. 857. Ovariotomia (bilaterale). Guar. N. 39.
Da riportarsi	441	424	17	Da riportarsi	531	512	19	

Indicazione della malattia	Anno 1891				Anno 1892			
	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto...	441	424	17	Riporto..	531	512	19	
				N. 86 ovariot. bilaterale, morta in collasso. N. 3 complicanza d'ascite e versamento pleurico destro. N. 179. Laparotomia esplorativa. N. 261. Laparot. e drenaggio. N. 193 inoperabile. N. 789. Laparot. esplorativa.				Ovariotomia. Guarig. N. 280. Ovariotomia intraligamentosa. Guarigione. Inoperabili per diffusione al peritoneo. N. 866 dal 91. N. 386, 644, 356, passarono fra le croniche, il N. 781 † complicata a grave ascite, condizioni disperate, paracentesi per diminuire la tensione, sollievo momentaneo, la malata soccombe. N. 865 del 91, non fu operata per le sue gravi condizioni. Contemporaneo versamento pleurico destro, che richiese la toracentesi.
Neoformazione sarcomatosa sul moncone di tumore ovarico esportato e trattato extraperitonealmente.....	1	—	1	N. 387. Laparotomia, il moncone conteneva un vero cistoma moltiloculare a contenuto colloideo, morte con sintomi d'ileo.				
Sarcoma degli annessi...	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 745. Laparot. esplorat. Guarig.
Peritonite purul. saccata.	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 104. Laparot. Drenaggio. Guar.
Peritonite adesiva mesenterite.....	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 459. Laparot. esplorat. Guarig. Tali erano le aderenze che non fu possibile staccare le anse intestinali l'una dall'altra.
Carcinosi peritoneale.....	—	—	—	. . . . .	1	—	1	Laparot. esplorativa, morte.

nite	8	6	2	N. 410 laparotomia, addome diviso in molte sacche contenenti pus, morte. N. 376 aperto spontaneamente nel retto. N. 719 morte con pleuro-pulmonite doppia.	31	31	—	La perimetrite fu spesse volte indubbiamente di origine neisseriana; talora associata ad ovarite ed a spostamenti. N. 897 e 749 furono trattati col massaggio. Nella maggior parte dei casi si operò la cura solvente.
Peritonite diffusa	1	—	1	N. 752 entrata agonizzante.				
Reliquati di perimetrite	26	26	—	Si usò assai l'ittiolo.	5	5	—	N. 410. Concomitanza di piccolo fibroma. Raschiamento. N. 948. Massaggio.
Reliquati di peri e parametrite	—	—	—	. . . . .	24	24	—	Nei più trattamento solvente. Icthyol. Iocluro di K. N. 739. Concomitante endometrite. Raschiamento.
Parametrite posteriore	4	4	—	N. 211 con paraovarite. Laparot.	1	1	—	N. 130.
Cellulite pelvica	—	—	—	. . . . .	—	—	—	N. 651. Ittiolo. N. 258. Associata ad ascesso della regione glutea. Oncotomia. Guarigione.
Ematocele retrouterino	1	1	—	Proveniente dalla rottura del sacco in gravidanza tubaria.	3	3	—	N. 862 (91). Nessun trattamento, volle uscire. N. 836 idem. N. 956. Hydrathis. Riposo. Vescica. Ghiaccio. Guarigione.
Forme diverse.								
Leucemia splenica	1	1	—					
Carcinoma splenico	1	1	—					
Leucemia midollare	—	—	—	. . . . .	1	—	1	N. 141. Complicata a ribelli metrorragie.
Appendicite	1	1	—	. . . . .	1	1	—	N. 362. Vuole uscire.
Nevralgie pelviche	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 365. Già operata di isterect. per retroversione dolente.
Da riportarsi	485	464	21	Da riportarsi	602	581	21	

Indicazione della malattia	Anno 1891				Anno 1892			
	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto...	485	464	21	Riporto . .	602	581	21	
Ernia inguinale.....	—	—	—	. . . . .	1	1	—	Esce.
Tubercolosi peritoneale...	6	6	—	N. 156, 244, 404 laparotomia e drenaggio. N. 257 recidiva dall' 89, laparotomia. N. 594 laparotomia esplorativa. N. 126 laparotomia fatta due volte.	7	7	—	N. 588, 850, 926, 38, 254. Laparotomia. Guarigione.
Tiroidite suppurata.....	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Peri appendicite.....	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Fibrosarcoma della sinfisi sacro-iliaca	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 905. Passa fra le croniche.
Sventramento	1	1	—	N. 742 laparotomia con escisione della porzione di cute e peritoneo che avea dato luogo allo sventramento.	3	3	—	N. 1000, 1005. Uscirono con ventriera. N. 131. Laparotomia, metodo Balandin. Guarigione.
Seno fistoloso.....	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 203. Idem.
Seno fistoloso da pregressa laparot. Gravid. tubaria.	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 891. Escisione della cicatrice, sutura.
Occlusione intestinale....	1	—	1	N. 338 laparotomia, enterotomia, morte.				
Totale...	493	471	22	Totale . .	618	597	21	

SEZIONE GRAVIDE.

Indicazione della malattia	Anno 1891				Anno 1892			
	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni
Immuni da malattia.....	9	9	—	N. 48. Rivolgimento.	10	10	—	
Travaglio a termine.....	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Aborto.....	2	2	—	N. 642 pregresso ileotifo.				
Minaccia di aborto.....	4	4	—	In 2 casi avvenne spontaneo l'aborto.	18	18	—	In 4 casi l'aborto fu scongiurato. Nel caso N. 17 fallita la dilazione Bossi si praticò l'embriotomia al quinto mese, in 4 casi si operò il raschiamento. Nel caso 549 il feto aveva la gola lupina. Nel caso 895 la donna si rifiutò ad ogni intervento e volle uscire. N. 931 secondamento artificiale. N. 913 idem.
Laringite.....	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Stenosi laringea.....	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 68 interessante per la cura (intubazione) e per l'esito già reso di pubblica ragione dal dott. Nicolaj. Gravida ottavo mese, provocaz. del parto, presentaz. podalica, feto morto.
Difterite laringea.....	—	—	—	. . . . .	2	2	—	N. 27, 177 passarono nel Comparto speciale.
Catarro bronchiale.....	15	15	—	N. 21. Provocaz. parto rivolgim.	9	9	—	N. 382 complicato ad ozena.
Influenza e forme broncopolmonari concomitanti.	—	—	—	. . . . .	4	4	—	
Broncopolmonite.....	1	1	—					
Da riportarsi...	31	31	—	Da riportarsi...	46	46	—	

Indicazione della malattia	Anno 1891				Anno 1892			
	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto...	31	31	—	Riporto . .	46	46	—	
Enfisema polmonare.....	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 849 idramnios. Gravid. ottavo mese, feto macerato idropico.
Pneumonite.....	—	—	—	. . . . .	5	5	—	N. 136 pnemonite doppia, parto spont. ottavo mese. N.137 pnemonite bilat. Grav. gemellare. Parto settimo mese. Inerzia, forcipe. N. 668 bis. Parto spontaneo a termine.
Pleuropolmonite.....	11	8	3	. . . . .	4	4	—	Nel caso 34 la gravid. continuò non ostante la gravità. N. 883. Gravid. sesto mese. Provocaz. parto. N. 972. Complicato ad idramnios. Puntura delle membrane, feto idrocefalico settimestre.
Pleurite.....	5	5	—	. . . . .	3	3	—	
Empiema.....	2	2	—	N. 250 toracentesi-pleurotomia.				
Tubercolosi polmonare...	10	9	1	. . . . .	9	9	—	N. 837. Gravidanza ottavo mese, la gravid. continuò.
Cardiopatie.....	6	6	—	N. 7 e 111 provocaz. del parto. N. 588. Gravidanza gemellare. N. 300. Sospetto osteosarcoma pelvico. Craniotomia, embriotomia.	1	1	—	N. 753.
Catarro gastro-duodenale.	—	—	—	. . . . .	1	—	1	N. 830. Gravid. ottavo mese. Candeletta. Rivolgimento.
Catarro gastrico	4	4	—	. . . . .	5	5	—	
Catarro intestinale	—	—	—	. . . . .	2	2	—	
Dissenteria	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Vomiti	1	1	—	. . . . .	3	3	—	N. 176. Gravid. quarto mese, esce subito, gli altri due casi erano lievi.
Angiocolite catarrale.....	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Enterite	5	3	2	N. 859 880 morte per esaurimento				

Albuminuria	3	3	—	. . . . .				venne, alcune lasciareno il Comparto migliorate. N. 187 gravide al settimo mese, dieta lattea, bromuro di stronziana, guarig. N. 901. Provocaz. parto.
Nefrite cronica	1	1	—	N. 33 provocaz. parto.				
Nefrite		3	3	N. 81 provocaz. di parto. N. 391. idem. N. 496 interrotta la gravidanza, cranioclastia. N. 848 morta nelle 24 ore con aborto ed esteso versamento pleurico destro. N. 67 morta con sintomi di edema pulmonare. Numero 735 provocazione di parto, morte.	4	3	1	N. 167. Gravid. quinto mese, gravissime condizioni, dispnea uremica. Dilataz. Bossi. Estraz. feto macerato in pres. podalica. Muore per accesso dispnoico nello stesso giorno del suo ingresso. N. 603. Interruz. della gravid. al sesto mese. Secondamento artificiale. N. 666. Gravid. sesto mese. Interruz. gravid., present. spalla. Rivolgimento. Secondamento Credè. N. 657. Gravid. ottavo mese. Interruzione della gravidanza.
Idronefrosi acuta in rene mobile di primo grado.	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 30. Gravida ottavo mese, ricoverata per forma bronchiale. Parto precipitoso. Dopo il parto fu avvertito il complesso dei sintomi riassunti nella diagnosi. Guarigione spontanea.
Pio-nefrosi sin. Uremia	—	—	—	. . . . .	1	—	1	N. 89. Portata in Comparto a travaglio iniziato in condizioni deplorevoli. Scarna, emaciata, tumore splenico. Da due mesi piscia orine purulenti, partorisce un feto vivo settimestre, seguono gravi minaccie di sincope, la donna muore di lì a poco.
Eclampsia	5	3	2	N. 342. Cranioclaste, morte. N. 378. Rottura membr. N. 562. Provocazione parto. N. 778. Sanguisugio, morte.	1	1	—	N. 125. Interruz. artific., gravid. al quinto mese. Guarigione. N. 811. Gravid. ottavo mese. Interuz. artif. Guarigione.
Da riportarsi	90	79	11	Da riportarsi	99	96	3	

Indicazione della malattia	Anno 1891				Anno 1892			
	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto ...	90	79	11	Riporto . .	99	96	3	
Coma	—	—	—	. . . . .	1	—	1	N. 359. Entra in gravissime condizioni. Gravida all'ottavo mese. N. 40, 4. Dilataz. Bossi. Forcipe feto vivo. Continua il coma la donna muore 4 giorni dopo l'ingresso.
Ipertrofia della ghiandola tiroide.....	6	5	1	N. 18 e 21 provocazione di parto. N. 884 morta nelle 24 ore dall'entrata, taglio cesareo postmortem. N. 775. N. 18. Gravida a l'ottavo mese con enfisema e ateroma, provocazione di parto, estrazione manuale del feto in presentazione podalica.	2	1	1	N. 246. Donna di anni 40. Gravida al nono mese, scoliotica, pelvi viziata C. D. 97 mill. Durante la gravidanza è colta da ipertrofia notevole della tiroide e relativi disturbi dispnoici. Provocazione del parto. Parto in presentazione podalica, uncinazione del mento, disimpegno delle braccia, feto macerato. Un'ora e mezza dopo il parto la donna viene colta da improvviso malore con marcata cianosi ed improvvisamente moriva prima che qualunque sussidio potesse venire messo in atto. N. 449. Anni 26, VIpara. Interruzione artif. della gravidanza all'ottavo mese. Placenta previa marginale. Feto vivo. Rapido miglioramento dei fenomeni dispnoici.
Meningite basilare.....	1	—	1	N. 87. Taglio cesareo nel periodo agonico, feto estratto vivo, madre sopravissuta oltre 24 ore.				
Convulsioni epilettoidi ...	—	—	—	. . . . .	2	2	—	N. 121, 456.
Epilessia	2	2						

Convulsioni	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 236.
Delirio	—	—	—	. . . . .	2	2	—	N. 282, 318. Gravid. sesto mese, passano in Sala Deliranti.
Frenosi	1	1	—					
Isterismo	3	3	—	. . . . .	2	2	—	N. 550, 608. Continuazione della gravidanza.
Tetania	—	—	—	. . . . .	1	1	—	Uscì subito.
Esiti di commozione spinale	1	1	—					
Contratture del braccio sinistro	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 404.
Contratture degli arti	1	1	—	. . . . .	1	1	—	N. 146.
Monoplegia di senso e di moto	1	—	1	N. 106. Donna in istato gravissimo. Provocaz. del parto. Applicaz. forcipe. Coma, morte.				
Mialgie	2	2	—					
Cachessia palustre	4	4	—	. . . . .	3	3	—	N. 469. Venne provocato il parto. N. 840. Idem.
Idroemia-anasarca cattolico	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 912. Gravidanza ottavo mese. Provocaz. del parto, feto vivo, orine senza albumina.
Oligoemia	7	6	1	N. 346 sintomi gravi di anemia cerebrale. N. 491 parto gemellare. N. 454 interruzione artif. della gravidanza.	11	10	1	N. 888 (1891). Provocazione del parto, feto e madre salvi. N. 90 idem. Rivolgimento. N. 749. Provocaz. tardiva del parto, feto vivo, madre salva. N. 911. Caso gravissimo. Provoc. parto nono mese. Soccombe per profuse epistassi. N. 752. Provocaz. parto, feto vivo, madre salva.
Anemia perniciosa	—	—	—	. . . . .	3	1	2	N. 93. Provocazione del parto, feto vivo ottavo mese, madre morta. N. 377. Anasarca, provocazione del parto, feto macerato, madre morta. N. 540. Provocazione del parto.
Edema meccanico	2	2	—	N. 297 forcipe.	1	1	—	
Da riportarsi	121	106	15	Da riportarsi	131	123	8	

Indicazione della malattia	Anno 1891				Anno 1892			
	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto...	121	106	15	Riporto..	131	123	8	
Leucemia.....	—	—	—	.....	1	—	1	N. 782. Gravid. settimo mese. Provocaz. del parto, feto morto. Entrata in condiz. disperate, muore in terza giornata.
Porpora emorragica.....	1	—	1	.....	2	1	1	N. 491. Gravidanza ottavo mese. Provocaz. del parto. N. 747. Caso gravissimo. Parto prematuro spontaneo, feto morto. Edemi generali. Edema polmonare grave, la donna soccombe.
Trombo flebite.....	1	1	—	.....	3	3	—	N. 336, 604 (860. R. 91) provocaz. parto.
Artrite cronica.....	1	1	—	.....				
Reumatismo articolace ..	2	2	—	.....	2	2	—	
Ileotifo.....	5	4	1	N. 879 morta con fatti polmonari gravi.	9	8	1	N. 660. Inerzia. Forcipe ottavo mese. N. 603. Aborto quarto mese. Raschiamento. N. 676. Gravid. ottavo mese. Continuazione della gravid. N. 662 idem. N. 458, 533, 448, 839 gravid. settimo mese. Continuaz. della gravid. N. 609 †.
Pellagra	—	—	—	.....	1	1	—	N. 687. Associata ad idramnios. Provocazione del parto.
Ovarosalpingite	—	—	—	.....	1	1	—	N. 894. La gravid. è al terzo mese circa.
Sifilide papulosa.....	—	—	—	.....	1	1	—	N. 735. Grav. terzo mese. Estraz. dell'uovo. Raschiamento.
Retroflessione	1	1	—	.....	2	2	—	N. 1017. Gravid. terzo mese, riduzione nella posizione genu-pettorale.
Retroversione	1	1	—	.....	2	2	—	Gravid. secondo mese. N. 239. Pessario.

Prolasso con iperplasia della porz. vaginale e sopravaginale	—	—	—		2	2	—	N. 684. Gravid. quarto mese. Vuole uscire. N. 917. Gravid. quinto mese. Associavasi retroflessione. Fu tentato il pessario.
Prolasso vagino uterino	—	—	—		1	1	—	N. 663. Gravid. nono mese, ozena. Inerzia forcipe.
Ematoma del gr. labbro	1	1	—					
Exema dei genitali	—	—	—		1	1	—	N. 608.
Vegetazioni vulvo vagin.	1	1	—		1	1	—	
Endometrite	—	—	—		1	1	—	
Vagino uretrite	1	1	—		1	1	—	
Fibroma della zona cervic.	—	—	—		1	1	—	N. 147. Gravida nel corso del settimo mese, feto macerato, presentazione podalica. Estrazione manuale, emorragia, tamponamento Dührsen. Guarigione.
Fibroma sottosieroso	—	—	—		1	1	—	N. 200. Gravida sesto mese, Placenta previa marginale, Setticoemia in atto. Espulsione spontanea del feto. Estrazione manuale e strumentale della placenta. Esce guarita.
Tumore ovarico	1	1	—	N. 764. Provocaz. parto complicato ad idramnios acuto.				
Idrorrea (?) scolo di liquido amniotico	—	—	—		1	1	—	N. 70 (ter) stette in Comparto dal 26 gennaio al 3 luglio, la gravidanza si protrasse fino all'ottavo mese. Interrotta artificialmente col metodo Krause. Feto vivo.
Idramnios	3	3	—	N. 47 feto mostruoso, focomelia. N. 85 feto mostruoso, anencefalo.	2	2	—	N. 28. Gravida ottavo mese. Provocaz. parto, feto anencefalico. N. 88. Gravid. gemellare quinto mese, feti monocori uno dei quali presentava idrope ascite.
Da riportarsi	140	123	17	Da riportarsi	168	157	11	

Indicazione della malattia	Anno 1891				Anno 1892			
	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto...	140	123	17	Riporto..	168	157	11	
Mola vescicolare.....	1	1	—	N. 271. Raschiamento. Tamponamento.	1	1	—	N. 712. Gravida al quarto mese. Sintoma prevalente l'emorragia. Estrazione manuale. Raschiam., guarigione.
Placenta previa.....	1	1	—	N. 228. Rottura delle membrane, parto spontaneo.	2	2	—	N. 240. Associata ad insuff. mitrale. Abbassamento di un piede. Intercorrente accesso eclampsico. Estraz. del feto asfittico, guarig. N. 661. Placenta previa centrale. Present. spalla settimo mese. Tamponamento. Rivolg. Second. artif., guarigione.
Gravidanza tubaria.....	—	—	—	.....	1	1	—	N. 478. Vuole uscire.
Gravidanza extrauterina..	1	1	—	.....	1	1	—	N. 411. Gravid. quinto mese. Rottura del sacco. Laparotomia. Il feto fu estratto vivo. Tamponamento della sacca. Guarig.
Ventre a bisaccia.....	—	—	—	.....	1	1	—	
Emorragia al quarto mese.	—	—	—	.....	1	1	—	N. 555 da probabile fibroma del fondo. Hydrastis. La gravid. continua. Esce.
Ovarite	1	1	—					
Lacerazione bilaterale del collo	1	1	—					
Ulcera sospetta.....	1	1	—					
Varici	1	1	—					
Panno corneale	—	—	—	.....	1	1	—	
Procidenza dell'iride	—	—	—	.....	1	1	—	
Piaghe da varici	—	—	—	.....	1	1	—	N. 844.
Trombo-flebite	--	—	—	.....	1	1	--	
Osteosarcoma della tibia.	—	—	—	.....	1	1	—	N. 688. La donna era amputata. Laceraz. del perineo. Perineorafia.

Periostite della nona costa	—	—	—		1	1	—	
Periostite della cresta iliaca	—	—	—		1	1	—	
Necrosi del zigomatico	—	—	—		1	1	—	
Frattura complicata	1	1	—					
Frattura tibia	—	—	—		2	2	—	N. 18. Apparecchio gessato. N. 465 Isterostomatomia. Forcipe.
Contusioni	1	1	—		2	2	—	
Ascesso toraco ascellare sinistro	—	—	—		1	1	—	N. 763. Incisione. Guarigione.
Scabbia	—	—	—		2	2	—	
Totale	149	132	17	Totale	191	180	11	

TAVOLA DEI PARTI.

		1891.	1892.	
Parti	a termine	33	34	
	prematuri	42	58	
	abortivi	17	19	
	tre furono gemellari	92	111	tre parti furono gemellari
Presentazione	vertice	63	80	N. B. Non fu tenuto calcolo in questo prospetto delle presentazioni dei parti abortivi.
	podice	11	9	
	spalla	1	3	
		75	92	

SEZIONE PUERPERE.

Indicazione della malattia	Anno 1891				Anno 1892			
	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni
Malattie mediche	—	—	—		3	3	—	
Puerperio normale	8	8	—		6	6	—	
Bronchite	—	—	—		1	1	—	
Broncopolmonite	3	2	1					
Polmonite	—	—	—		2	1	1	N. 905 morte.
Pleuropolmonite	7	6	1		2	2	—	
Pleurite essudativa	—	—	—		1	1	—	Passa in sala medica.
Empiema	3	3	—	N. 207-208 toracentesi. N. 80 complicato ad endometr. Raschiam.				
Tubercolosi polmonare	3	3	—		2	2	—	
Postumi di pleurite	1	1	—					
Impaludismo	3	2	1	N. 883 † con profonda steatosi puerperale.	3	3	—	
Ileotifo	3	3	—		3	2	1	N. 774 puerpera in quarto giorno, † 24 ore dopo il suo ingresso.
Oligoemia	2	2	—		2	2	—	
Anemia gravissima	1	—	1	N. 850 † nelle 24 ore.	1	—	1	N. 486.
Tonsillite	—	—	—		1	1	—	
Cardiopatia grave	1	—	1	N. 592 entrata agonizzante.				
Catarro gastrico	1	1	—					
Albuminuria	2	2	—		1	1	—	
Paralisi embolica	—	—	—		1	1	—	
Delirio	1	1	—		1	1	—	Passa in sala medica.
Emorragia cerebrale	—	—	—		1	1	—	Idem.
Lipemania	1	1	—					
Ischialgia	—	—	—		1	1	—	
Flebite crurale	1	1	—		1	1	—	
Lipoma gluteo suppurato	—	—	—		1	1	—	N. 278 oncotomia ed esportazione del tumore.
Infezione celtica	1	1	—					
Adenite iliaca tubercolare	1	1	—	N. 60 incisione.				
Eclampsia	7	6	1	N. 64 con arresto placentare. Raschiamento. N. 170 muore dopo	1	1	—	N. 600 albuminuria. Passa in sala medica.

Nefrite	3	2	1	N. 782 con idrotorace unilaterale. Condizioni disperate, muore poche ore dopo l'ingresso.				
Artralgie da esaurimento .	2	2	—					
Mastite suppurata	1	1	—					
Necrosi primo metatarso .	1	1	—					
Periostite femore, gonilite.	1	1	—					
Subinvoluzione uterina . .	4	4	—	. . . . .	11	11	—	
Infezione puerperale lieve.	2	2	—	. . . . .	7	7	—	
Trombo vaginale.	1	—	1	N. 878 consecutivo a parto di mola vescicolare a domicilio. † con profuse emorragie e setticemia.	1	1	—	N, 537. Primipara. Parto nat. fac. Varici gravi. Guarigione.
Perimetrite	—	—	—	. . . . .	4	4	—	
Essudato retrouterino . .	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Parametrite	17	17	—	In 4 casi oncotomia iliaca, nel N. 21 esistendo raccolta nella cavità del ginocchio fu svuotata.	8	8	—	Riposo. Antiflogistici solventi. Ittiolo.
Ovaro e periovarosalpingite	4	4	—	. . . . .	16	16	—	Riposo. Irrigazioni ioduro di K. Ittiolo, pillole di Iodof ed oppio. Degno di menzione il N. 884 che degette per 3 mesi.
Peri e parametrite. . . .	—	—	—	. . . . .	12	12	—	N. 91, 903 complicati ad impaludismo, flegmasia alba dolens. N. 118. Raschiamento.
Endometrite settica . . .	22	21	1	Si esperimentarono su larga scala le irrigazioni di sublimato. N. 579. Raschiam. N. 834 † con estesa difterite vulvare.	16	14	2	N. 73, 162, 163, 274, 671, 790, 718, 891, 933, curati con ripetute e prolungate irrigazioni endouterine. N. 196. Ecouvillonage. Negli altri 6 il raschiamento. N. 21, 945 riuscì vano ogni sforzo di cure locali e generali. Associavasi gangrena e difterite vulvare.
Gangrena genitali esterni	3	2	1	N. 309 con fisiola cisto vaginale †.				
Pelvi peritonite	3	2	1	. . . . .	6	6	—	N. 890 (rimasta del 91) complicata a pleuro-polmonite, degette per 3 mesi, guarigione.
Da riportarsi . . .	114	103	11	Da riportarsi . .	117	112	5	

Indicazione della malattia	Anno 1891				Anno 1892			
	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni
Riporto . .	114	103	11	Riporto . .	117	112	5	
Ascessi pelvici	4	4	—	N, 45 oncotomia iliaca. N. 42, 79, 215. Si fecero delle vere laparotomie. Guarigione.	8	7	1	N. 112, 158, 347, 61, 60. Oncotomia iliaca. N. 227 incisione dell'ascesso iliaco, e di contemporanea mastite. N .290 † per localizzaz. di setticemia articol. Un caso fu trattato coll' ittiolo.
Metrorragia da emofillia .	1	1	—					
Emorragia d'aborto senza infezione	—	—	—	. . . . .	11	11	—	In 9 casi fu fatto il raschiam., una volta l'estrazione dell'uovo. Una volta il tampon. endouter.
Emorragia tardiva post-partum	—	—	—	. . . . .	1	1	—	N. 293. Profusa emorragia in dodicesimo giorno. Hydrastis.
Ritenzione di resti ovulari.	41	37	4	In quasi tutti i casi fu praticato il raschiam. della cavità uterina con irrigaz. success. In parecchi casi tamp. alla Dührsen.				
a) con emorragia . .	—	—	—	. . . . .	20	20	—	20 volte il raschiamento ed una volta seguì al secondam. artif.
b) con setticemia . .	—	—	—	. . . . .	10	7	3	10 volte il raschiamento. N. 492, 856 † focolai pneumon. N. 1014 focolai metastatici di pioemia.
c) con setticemia ed emorragia	—	—	—	. . . . .	7	6	1	2 volte il secondamento artificiale, 5 volte il raschiam. N. 076 †.
Ritenzione totale placenta.	8	8	—	In tutti estrazione manuale e strumentale in parecchi tamponamento endouterino.				
Setticemia setticopiemia .	8	4	4	N. 6 incisione di vasta sacca parametrica purulenta. Guarig. N. 430. Rasch., tamponamento Dührsen. N. 20. Gravi fenomeni di pelvi peritonite e doppio piotorace. N. 16 con estesa difterite vulvare. N. 601, 849 entrate agonizzanti morirono nelle prime 24 ore.	11	8	3	N. 172 † poco dopo il suo ingresso. N. 238, 499, 376. Irrigazioni endouterine prolungate. N. 57 concomitante Bartolinite, incisione. N. 530 con insuff. mitrale. N. 639 gravissimo. Raschiamento, morte. N. 823 concomitante parametrite. N. 762. Gangrena vulvare, fistola vescico uterina. Guarig. N. 772

Totale . .	180	158	22	Totale . .	189	173	16	ore dopo l'ingresso. N. 575. Primipara in decimo giorno di puerperio, condizioni disperate, laparotomia, escono 4 litri di pus verdastro fetido, muore il giorno dopo. N. 507 †.

SEZIONE NUTRICI.

Indicazione della malattia	Anno 1891				Anno 1892			
	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni	Entrate	Uscite	Morte	Osservazioni
Ascesso mammario . . .	—	—	—	. . . . .	5	5	—	Incisione N. 586. Mastite bilat.
Miosite lombare	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Patereccio	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Esiti di pleuro polmonite.	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Broncopolmonite	1	1	—					
Ischialgia	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Esaurimento	2	2	—	. . . . .	1	1	—	
Osteite	—	—	—	. . . . .	2	2	—	
Cellulite pelvica	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Endometrite	3	3	—	N. 46. Raschiamento.				
Aborto al secondo mese .	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Subinvoluzione uterina . .	1	1	—					
Perimetrite	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Lacerazione perineale di secondo grado	1	1	—					
Ragadi anali	1	1	—					
Periostite della tibia . .	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Enterite	—	—	—	. . . . .	1	1	—	
Infezione palustre	1	1	—	. . . . .	1	1	—	
Reumatismo poliarticolare.	1	1	—					
Totale . . .	11	11	—	Totale . .	18	18	—	

TAVOLA DELLE OPERAZIONI E RELATIVA MORTALITÀ.

Sezione ostetrica.

Atto operativo	1891		1892	
	N. delle operaz.	Numero delle morte	N. delle operaz.	Numero delle morte
Interruzione artificiale della gravidanza	20	—	28	—
Forcipe	2	—	5	—
Rivolgimento	4	—	4	—
Isterostomatomia	—	—	1	—
Estraz. manuale della placenta	5	—	4	—
Raschiamento per arresti ovulari	3	—	7	—
Estrazione manuale di mola vescicolare	3	—	—	—
Dilatazione metodo Bossi	—	—	3	—
Embriotomia	—	—	1	—
Craniotomia	3	—	—	—
Perineorafia	—	—	1	—
Laparot. per grav. extrauterina	—	—	1	—
Taglio cesareo post mortem	1	—	—	—
Taglio cesareo nel periodo agonico	—	—	1	†

Sezione ginecologica.

Si creò la vagina artificiale	—	—	1	—
Incisioni di ascessi della Gh. di Bartolini	—	—	4	—
Ablazione della Gh. del Bartolini per cisti	1	—	—	—
Svuotamento di ematoma del gran labbro	1	—	—	—
Escisione di un lembo d'imene	1	—	—	—
Escisione di polipi uretrali	—	—	2	—
Perineorafie	6	—	12	—
Plastica ano perineale	1	—	—	—
Chiusura della vulva	—	—	1	—
Fistola vescico-vaginale	4	—	3	—
Colpocistotomia	1	—	—	—
Colporafia anteriore	6	—	17	1 sincope.
Colpoperineorafia	4	—	9	—
Apertura di ematometra	1	—	—	—
Operazione di Emmet	—	—	1	—
Discissione del collo uterino	2	—	4	—
Sutura della volta vaginale	1	—	—	—
Esportaz. di polipi fibrosi	5	—	12	—
» » mixomatosi	—	—	1	—
» di papilloma del labbro posteriore	—	—	1	—
Amputazione vaginale del collo	13	—	10	—
Amputaz. sopravagin. del collo	1	—	6	—

	Atto operativo	1891 N. delle operaz.	1891 Numero delle morte	1892 N. delle operaz.	1892 Numero delle morte
	Oncotomia iliaca	7	—	5	—
	Operazione di Laroyenne	—	—	1	—
	Ablaz. di cisti del legam. rotondo	—	—	1	—
	Manovra Schultze	1	—	1	—
Raschiam.	per endometr. sola o complic.	65	—	88	—
Raschiam.	per forme settiche puerperali.	40	—	51	—
Raschiam.	per forme cancerigne	13	—	10	—
Raschiam.	per fibroma	4	—	—	—
LAPAROTOMIE	Laparoisteromiomectomia totale, tumore in isfacelo, seno fistoloso vaginale	1	1	1	—
LAPAROTOMIE	Isterectomia vaginale	27	2 Degeneraz. adiposa del miocardio. Setticemia.	17	1 Setticemia.
LAPAROTOMIE	Laparomiomectomia	12	—	19	1 Enorme ectasia gastrica.
LAPAROTOMIE	Castrazione per fibromi	1	—	4	—
LAPAROTOMIE	Ovariotomia	22	2 Colasso carcinosi bilaterale. Sepsi.	33	4 Pleurite purul. s., polm. d. 2 Sepsi. Peritonite.
LAPAROTOMIE	Piosalpingectomia	6	1	8	—
LAPAROTOMIE	Isteropexi anteriore	2	—	2	—
LAPAROTOMIE	Carcinosi peritoneale (esplorative)	4	2	1	1
LAPAROTOMIE	Sarcoma uterino	2	1	—	—
LAPAROTOMIE	Esportazione di un moncone di pregressa isteromiomectomia	1	—	—	—
LAPAROTOMIE	Laparo-colpo-isterectomia	1	1 Fibrocarcinoma setticemia.	1	1 Fibroma con piosalp. bilater. e fistola piorettale, sepsi.
LAPAROTOMIE	Esportazione d'utero gravido bicorne	1	—	1	—
LAPAROTOMIE	Seno fistoloso residuo a pregressa laparotomia:				
LAPAROTOMIE	per tuberc. peritoneale	6	—	5	—
LAPAROTOMIE	per periton. suppurata	5	1	6	1
LAPAROTOMIE	per gravid. tubarica	1	—	3	—
LAPAROTOMIE	per periovaro-salpingite.	1	—	5	—
LAPAROTOMIE	per ematosalpinge	1	—	—	—
LAPAROTOMIE	per carcinoma del legamento largo	1	1 Sepsi.	—	—
LAPAROTOMIE	per carcinoma del corpo uterino e del legamento	1	1	—	—
LAPAROTOMIE	per occlusione intestinale con gangrena	1	1	—	—
LAPAROTOMIE	per ernia post-operatoria.	1	—	2	—
	Paracentesi addominali	2	—	—	—

NB. Nel quadro qui compilato figurano tutti i casi operati nel 1891-92, mentre i Numeri delle storie cubiculari riportati a fianco della classificazione nosologica si riferiscono ai casi che hanno presentato speciale interesse.

OPERAZIONI DI CHIRURGIA GENERALE.

OPERAZIONI	1891		1892	
	N delle oper.	N. delle morte	N. delle oper.	N. delle morte
Esportazione di un lipoma	—	—	1	—
Oncotomia	—	—	2	—
Intubazione laringea	—	—	1	—
Ascesso toraco-ascellare	—	—	1	—
Paracentesi	1	—	1	—
Toracentesi	4	—	1	—
Mastite	1	—	3	—
Operazione di empiema	1	—	—	—
Svuotamento di gonilite suppurata	1	—	—	—

PUBBLICAZIONI.

MANGIAGALLI. « Il Comparto Ostetrico Ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano e le prime sette ovariotomie in esso compiute. » *Annali di Ost.*, 1889.

CURATULO. « Sulla cura palliativa del cancro dell'utero inoperabile e sul trattamento dell'endometrite col cloruro di zinco. » *Morgagni*, 1889.

—— « A proposito di un caso di grossa cisti della vagina. » *Morgagni*, 1889.

—— « Ricerche istologiche e considerazioni cliniche sulle alterazioni della mucosa uterina nei tumori della matrice, e contributo allo studio della origine degli elementi della decidua. » *Ibid.*

DECIO. « I primi quindici mesi del Comparto Ostetrico Ginecologico, rendiconto clinico. » *Annali di Ost. e Gin.*, 1890.

MANGIAGALLI. « Dodici casi di isterectomia vaginale per carcinoma. » *Ibid.*

—— « Due casi di taglio cesareo col metodo Porro, per rare indicazioni. » *Ibid.*

VILLA. « Sulla etiologia dell'allungamento ipertrofico della porzione vaginale del collo uterino. » *Ibid.*

—— Contributo allo studio della polmonite in gravidanza. » *Ibid.*

—— Ancora sull' allungamento ipertrofico della porzione vaginale del collo uterino. »

MANGIAGALLI. « Presentazione di uteri esportati per la via vaginale. » *Atti Associas. Med. Lombarda*, 1891, ed *Annali di Ost. e Gin.*, 1891.

VILLA. « Un caso di acondroplasia o del così detto rachitismo micromelico. » *Annali di Ost. e Gin.*, 1891.

DECIO. « Un letto per operazioni ginecologiche e il piano inclinato nelle laparotomie. » *Ibid.*

MANGIAGALLI. « Rendiconto Statistico del Comparto ostetrico ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano, anno 1890. » *Ibid.*

VILLA. « Idramnios acuto. » *Ibid.*

DECIO. « Sopra un caso di fibromi multipli complicanti la gravidanza. » *Ibid.*

POLACCO. « L'ittiolo in ginecologia. » *Ibid.*

—— « Un caso di rottura del fornice vaginale posteriore con grave emorragia, causata dal coito. » *Ibid.*

MANGIAGALLI. « Tre casi di utero unicorne con corno rudimentale. » *Atti Associazione Med. Lomb.*, 1892, *Annali Ost.*, 1892.

DECIO. « Considerazioni sopra due casi di inversione uterina. » 1892.

GIGLIO. « Il bacillo dell'edema maligno negli ascessi delle pelvi. » *Annali Ost. e Gin.*, 1891.

MANGIAGALLI. « Due casi di tachicardia consecutiva ad operazioni laparotomiche. » *Annali di Gin. e Ost.*, 1892.

DECIO. « Ancora una parola sulla posizione di Trendelemburg nelle laparotomie. » *Ibid.*

GIGLIO. « Tre casi speciali di endometrite del collo. » *Ibid.*

POLACCO. « Nuovo contributo allo studio dell'ittiolo in ginecologia. » *Ibid.*

DECIO. « La corrente galvanica nella cura dei fibromionmi dell'utero. » *Annali Ost. e Gin.*, 1893.

GIGLIO. « Osservazioni anatomo-cliniche sperimentali sopra i flemmoni pelvici o le ovaro salpingite e loro cura. » *Ibid.*

SANGREGORIO. « Di un feto macerato con pustole vajolose. » *Atti Assoc. Med. Lombarda*, 1893.

SECCHI. « Contributo alla cura della retroversione uterina mediante l'operazione di Alexander. » *Atti della Assoc. Medica Lomb.*, 1893.

PATELLANI. « Due litopedi. » *Ann. di Ost. e Gin.*, 1893.

POLACCO. « Il massaggio nella cura delle malattie ginecologiche. » (In corso di stampa).

XI Congresso Medico Internazionale

ROMA 1894.

Il Comitato Esecutivo, riunitosi in seduta generale, ha deliberato che il XI Congresso Medico Internazionale prorogato alla primavera del 1894 con deliberazione del 2 agosto u. s., si riunisca in Roma dal 29 marzo al 5 aprile 1894.

Con questa nuova data, il Comitato è lieto di poter soddisfare alla maggioranza dei voti e dei pareri espressi dai Colleghi interpellati nelle varie Nazioni.

Il Comitato ha fino da ora preso le misure opportune per provvedere a che gli alloggi in Roma sieno pronti per quell'epoca, in modo da rispondere a qualunque esigenza ed ai prezzi normali.

Attesa la proroga del Congresso e la nuova data stabilita per la sua riunione, il disposto degli articoli 1 e 11 è modificato come segue:

Art. 1. — Il decimoprimo Congresso Medico internazionale sarà inaugurato in Roma il 26 marzo 1894 e chiuso il 5 aprile successivo.

Art. 11. — Le comunicazioni da farsi al Congresso devono essere annunciate non più tardi del 31 Gennaio 1894.

Di ogni comunicazione deve essere inviato contemporaneamente all'annunzio un brevissimo sunto e le conclusioni, che saranno stampate per cura della presidenza e distribuite ai Congressisti.

Le Comunicazioni annunciate dopo del 31 Agosto 1893 verranno controdistinte nel programma mediante un asterisco in margine.

Nel programma verranno pure inseriti i titoli di quelle comunicazioni precedentemente annunciate e il cui testo fosse stato reso di pubblica ragione sui giornali scientifici durante la proroga del Congresso.

Le Compagnie di trasporto hanno accordato che le speciali riduzioni concesse ai signori Congressisti e loro famiglie abbiano validità di durata dal 1.° marzo al 30 aprile 1894.

Le carte di viaggio verranno spedite direttamente dalla Segreteria Generale a ciascuna persona che sia inscritta al Congresso entro tutto il 15 Febbraio 1894.

Dopo quest'epoca, il servizio di spedizione fatto direttamente dalla Segreteria si limiterà allo interno.

Gli stranieri dovranno invece chiedere le carte di viaggio ai Comitati nazionali dirigendosi ai signori qui sotto indicati:

Austria, prof. Nothnagel, *Vienna* — **Belgio**, prof. Thiry, *Bruxelles* — **Bulgaria**, dr. Puscoullieff, *Sofia* — **Danimarca**, prof. C. Lange, *Copenhagen* — **Egitto**, dr. Hassan Pacha Mahmoud. *Cairo*; dr. Onofrio Abbate Pacha, *Cairo* — **Francia**, dr. Baudoin, *Parigi* — **Germania**, prof. Posner, *Berlino* — **Gran Brettagna**, dr. G. H. Makins, *Londra*; dr. G. A. Gibson, *Edimburgo*: prof. Sir William Stokes, *Dublino* — **Lussemburgo**, dr. Paul Koch, *Lussemburgo* — **Malta** dr. G. O. Galea, *La Valletta* — **Norvegia**, prof. S. Laache, *Cristiania* — **Olanda**, prof. B. I Stokvis, *Amsterdam* — **Polonia**, prof. Cybulski, *Cracovia* — **Porto-**

gallo, prof. J. T. de Sousa Martins, *Lisbona* — **Rumania**, dr. C. D. Severeanu, *Bucarest* — **Russia**, prof. V. Pachoutine, *S. Pietroburgo* — **Serbia**, dr. V. Subbotiez, *Belgrado* — **Spagna**, prof. J. Calleia y Sanchez, *Madrid*: dr. A. Espina y Capo, *Madrid* — **Svezia**, prof. F. Holmgren, *Upsala* — **Svizzera**, prof. Th. Kocher, *Berna*; prof. D'Espine, *Ginevra* — **Turchia**, dr. van Millingen, *Costantinopoli*; dr. H. Perera, *Salonicco* — **Ungheria**, dr. L. Csatàry di Csatàr, *Budapest*. — **Tunisi**, dr. G. Funaro, *Tunisi*.

È imminente la prima edizione del programma provvisorio: esso conterrà oltre alle notizie dettagliate sul Congresso, l'elenco delle comunicazioni annunciate a tutto il 15 Novembre 1893.

Si ritiene opportuno ricordare agli interessati i seguenti articoli del regolamento:

Art. 2. — Sono ammessi a prendere parte ai lavori del Congresso i medici che avendo soddisfatto agli obblighi della iscrizione, abbiano ottenuto la tessera di riconoscimento.

Art. 3. — Le persone addottorate in altre scienze che s'interessino per i loro studii speciali ai lavori del Congresso, potranno esservi inscritte coi medesimi doveri e diritti dei Congressisti laureati in medicina, compresa la facoltà di prendere parte attiva ai lavori, sia con comunicazioni, come partecipando alla discussione,

Art. 4. — La quota di ammissione per i membri del Congresso resta fissata in lire *venticinque*: essa dà diritto ad una copia degli atti del Congresso, la quale sarà loro spedita subito avvenutane la pubblicazione.

Art. 17. — Le persone non contemplate nell'art. 3 che s'interessano a' lavori di qualche determinata sezione possono venirvi ammesse per decisione della Presidenza del Congresso.

In tal caso esse saranno munite di tessera speciale e dovranno pagare una tassa d'ammissione pari a quella stabilita per i congressisti, con diritto ad una copia degli atti del Congresso.

Le persone ammesse al Congresso in virtù di queste disposizioni, non possono prendere la parola nè nelle sedute generali, nè in quelle delle sezioni alle quali non sono iscritte.

Art. 18. — Gli studenti in medicina potranno essere invitati od autorizzati dal presidente ad assistere alle sedute, ma come semplici uditori.

Essi dovranno essere muniti di una carta speciale di ammissione che potranno ottenere senza pagare tassa alcuna.

I Signori aderenti al Congresso potranno fare richiesta alla **Segreteria Generale in Genova** dei documenti di viaggio anche per le loro Signore e membri adulti delle loro famiglie, mediante il pagamento di una quota di lire *dieci* per persona.

Si rivolge speciale preghiera ai signori Medici ed a quelle persone che desiderano aderire al Congresso, di affrettarsi a rivolgere domanda alla Segreteria Generale dell'XI Congresso Medico Internazionale in Genova.

Per accordi intervenuti tra il Comitato Esecutivo dell'XI Congresso Medico Internazionale di Roma e quello del Congresso della Società Germanica di Chirurgia, quest'ultimo avrà luogo dal 18 al 21 aprile 1894, affinchè i signori Medici possano con tutta comodità intervenire ad ambedue.

Il prof. Iacchi di New-York ha accettato di tenere una conferenza in una

delle sedute plenarie del Congresso di Roma; ed il titolo della sua conferenza sarà « Non nuocere. »

Il Comitato ha stabilito in Roma un ufficio apposito per provvedere ai Congressisti l'alloggio nei diversi alberghi e in case private; questi potranno anche rivolgersi per questo scopo alla ditta Thos, Cook e Son, Piazza di Spagna, che d'accordo col Comitato Esecutivo si incarica della ricerca degli alloggi.

Per visitare i dintorni di Roma, farà delle gite, in comitiva, sotto la guida del prof. Forbes, corrispondente di diverse Società scientifiche e del « Times, » che gentilmente presta l'opera sua.

Ai Congressisti che desiderano visitare Napoli e la Sicilia, le ferrovie italiane accordano il ribasso del 50 0[0 da Roma a Napoli prima e dopo il Congresso.

L'agenzia della casa Thos, Cook e Son in Napoli, piazza dei Martiri, eseguirà gratuitamente le ordinazioni dei Congressisti che le perverranno in tempo utile.

Organizzerà inoltre un numero indeterminato per ora, dipendendo esso dal numero dei partecipanti, di escursioni per visitare Napoli stessa, Baia, il Vesuvio, Sorrento, Capri e Castellammare, e tre viaggi speciali, due prima ed uno dopo il Congresso, della durata di dieci giorni ciascuno, per visitare la Sicilia col seguente itinerario: Napoli, Messina, Taormina, Catania, Siracusa, Girgenti, Palermo, Napoli.

I prezzi per queste gite saranno minimi: non oltre le 275 lire per la gita in Sicilia (prima classe) tutto compreso, cioè viaggio, vitto, alloggio, imbarco, sbarco, carrozze, guide, mancie, ecc., e tra le 60 e 70 lire per la gita a Napoli.

Ospizio Provinciale degli Esposti e delle Partorienti in Milano.

In seguito alla deliberaziene presa dal Consiglio Provinciale nella seduta 15 gennaio 1893, la deputazione prov. ha stabilito che col 1.° gennaio 1894 abbia a cessare l'accettazione in questo Ospizio dei bambini legittimi per l'allattamento.

A partire dal detto giorno, i genitori che si trovassero nella necessità di ricorrere alla pubblica beneficenza per l'allattamento della loro prole dovranno rivolgersi direttamente alla congregazione di carità, cui spetta di provvedere.

Tale disposizine deve essere applicata anche a tutti i comuni foresi che prima mandavano all'ospedale i bambini legittimi, sia col mezzo dell'ospedale. Per questi d'ora innanzi dovrano provvedere le rispettive autorità comunali o le opere pie esistenti in ciascun comune.

-2 MAR 94
LIBRARY

INDICE

MEMORIE ORIGINALI.

Bossi. — Dell'azione ecbolica dello zucchero somministrato durante il sopraparto . . . . . *Pag.* 781
Calderini. — Laparotomie 569, 617, 731
Caruso. — Operazioni complementari di taglio cesareo 124, 862
Caviglia. — Un caso di frattura intrauterina della tibia 605
Chiara. — Il bagno della superficie d'inserzione della placenta nella infezione puerperale d'origine endo-uterina 549
Coen. — Di una modificazione al processo della colporafia mediana . . . 485
Cosentino. — Ricerche ed osservazioni in ostetricia 449
Curatulo. — Sul terzo periodo del parto 1
Decio. — La corrente galvanica nella cura dei fibro-miomi dell'utero 191, 293
— Rendiconto statistico del Comparto Ostetrico Ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano (1891-92) 888
Ferrari. — Qualche osservazione agli appunti fatti dal dott. G. Ferruta al lavoro « Contributo allo studio dell'istologia normale, ecc. » . . . 343
— Modificazioni di struttura dell'utero della coniglia 639
— Nuova applicazione della reazione dei sali di ferro alla conoscenza del tessuto connettivo 661
Ferruta. — Risposta alla lettera aperta del dott. T. Ferrari 443
Garino. — Breve cenno sul massaggio ginecologico 361
Gigli. — Della sezione della sinfisi con la sega in filo metallico 557
Giglio. — Osservazioni anatomo-cliniche-sperimentali sopra i flemmoni pelvici e le ovaro-salpingiti 395, 491, 665
Kirch. — Laparotomie praticate dal 12 marzo al 2 ottobre 1893 . . . » 787
Landucci. — Di una interessante malformazione dello scheletro in feto mostruoso 251
La Torre. — Mostruosità fetali ed idramnios acuto 77
— Dell'etiologia e cura dell'osteomalacia da un nuovo punto di vista . . 469
Marchionneschi. — Dell'aborto abituale 529

Masetti. — Contributo allo studio dei rapporti fra l'ovaro-salpingectomia e l'isterismo . . . . . *Pag.* 50
Morisani. — Per la sinfisiotomia 31
Negri. — La morte del neonato in causa di lesione rara 337
— Tachicardia post-laparotomica 480
Patellani. — Due litopedi 817
Pinna-Pintor. — Le iniezioni endouterine di euforina nella cura della endometrite 593
Pugliatti. — Sul raschiamento uterino 235
— Rendiconto degli anni scolastici 1891-92 e 1892-93, dell'Istituto Ostetrico-Ginecologico dell'Università di Messina 843
Raineri. — Metrorragie da placenta previa 89, 169, 273, 417
Sangregorio. — Sopra un caso di sinfisiotomia 69
Truzzi. — Relazione sommaria sul movimento clinico-didatt. nel biennio scolastico 1891-92 e 1892-93 della R. Scuola Ostetrica di Novara . 689, 761
Villa. — Mostruosità fetali ed idramnios acuto 147

RASSEGNA.

Acconci. — Rendiconto clinico dal 1.° gennaio al 30 novembre 1892 *Pag.* 524
Ball. — La follia menstruale 756
Barret. — Un caso di gravidanza ectopica, probabilmente ovarica . . . 152
Bossi. — Nove laparotomie per lesioni varie degli annessi 447
— Due casi di fibromi multipli intraligamentosi ed inframurali trattati colla isterectomia sopravaginale 522
Butte. — L'urea del sangue nell'eclampsia 614
— Respirazione placentare allo stato normale e consecutivamente ad emorragia materna 615
Buxton. — Gli usi degli anestetici in ginecologia 684
Cioja. — Su alcuni reperti dei primi stadi dei fibromiomi uterini 814
— Lesioni placentari in relazione con malattie renali della madre . . 815
Chalot. — Le cisti volfiane della vagina 352
Cosentino. — Contributo ai metodi di riduz. dell'utero nella invers. cronica 266
Delthil. — Le qualità e la provenienza del latte. La sterilizzazione e la ricchezza in fosfati 613
Doyen. — 324 operazioni sull'utero e suoi annessi 609
Falaschi. — Sul completamento artificiale della evoluzione pelvica . . . 264
— Taglio cesareo alla maniera del Sänger 266
Farabeuf. — Dell'ingrandimento momentaneo del bacino ovalare 268

Ferruta. — Contributo allo studio delle malattie della salpinge . . *Pag.* 347
Giacomini. — Sul coelema esterno e sul magma reticolaris nell'embrione umano 808
—— Sulle anomalie di sviluppo nell'embrione umano 810
Guéniot. — Del mefitismo dell'aria come causa di setticemia puerperale . 263
Henry. — Della fisometria durante il travaglio della gravidanza con o senza putrefazione del feto 811
Hergott. — Considerazioni sulla patogenesi dell'eclampsia puerperale. . . 798
Hoffmann. — Sulla sostituzione di uno speciale regime dietetico negli ultimi mesi di gravidanza, alla provocazione del parto prematuro . . . 754
Kelly. — Recenti studi sugli ureteri 521
Lauro. — Del trattamento del peduncolo uterino in seguito di laparo-isterectomia per fibromiomi 804
Leith-Napier. — Un caso di gravidanza ectopica avanzata 151
Mendes de Leon. — Un caso di gravidanza ectopica 154
Morax. — Salpingo-ovarite doppia suppurata da pneumococco 812
Morisani. — Della sinfisiotomia 267
Nunn. — Sulle condizioni materne nella sifilide congenita 159
Panecki. — Retroflessione uterina e nevrosi gastriche 753
Péan. — Dell'ablazione totale dell'utero per grandi tumori fibrosi e fibrocistici di quest'organo 560
Pinna Pintor. — Due casi di inversione uterina puerperale guarita radicalmente coll'amputazione dell'utero previa allacciatura elastica. . . 753
Pinard. — Della sinfisiotomia 267
— Nuovo documento per servire alla storia della gravidanza extrauterina . 351
Pozzi. — Delle operazioni conservatrici dell'ovaio 758
Purcell. — Un caso con considerazioni di snucleamento di tutto il tessuto uterino con affezione maligna 164
Quenu. — Dell'isterectomia vaginale per sezione mediana dell'utero nel trattamento delle suppurazioni pelviche 525
Queirel. — Sinfisiotomia ed embriotomia nei casi in cui il feto è morto . 615
Routier. — Del trattamento delle suppurazioni pelviche 525
— Epitelioma primitivo della tromba 757
Smith. — Isterectomia sub-peritoneale 353
Smyly. — Tre casi di estirpazione totale dell'utero per mioma 444
Spinelli. — Contributo alla chirurgia dei fibromiomi uterini e considerazioni sull'asepsi laparotomica 800
Tillaux. — Diagnostico delle cisti dell'ovario e delle cisti del paraovario . 799
Turbia. — Sulla rottura precoce delle membrane 813

Villa. — L'analisi qualitativa nell'albuminuria puerperale . . . . *Pag.* 263
Vitanza. — Del parto forzato in donne agonizzanti 523

NOTIZIE.

Chiara. — Fatto clinico . . . . . *Pag.* 87
XI Congresso Medico Internazionale in Roma . . 88, 167, 270, 358, 526, 922
Onoranze alla memoria di Semmelweis 270
Esposizione internazionale di medicina e di igiene 271

BIBLIOGRAFIA.

Auvard. — Traité pratique de Gynécologie . . . . . *Pag.* 168
Fritsch. — Rendiconto delle operazioni ginecologiche fatte nell'anno 1891-92 447
Webster. — Gestazione ectopica tubo-peritoneale 83

SOCIETÀ ED ACCADEMIE.

Il 5.° Congresso dei ginecologi tedeschi in Breslavia . . . . . *Pag.* 561

NOTE DI TERAPIA OSTETRICA E GINECOLOGICA.

Il tasi o tasis — La thiosamina — L'alumnolo . . . . . *Pag.* 616
Il cloruro di metile contro il cancro uterino — Cura delle vegetazioni non sifilitiche dei genitali esterni — Cloasma ed efelidi della gravidanza — Cura della sifilide durante la gravidanza 759

NECROLOGIO.

Dott. Gustavo Sangregorio . . . . . *Pag.* 528

Premio biennale William F. Jenks . . . . . *Pag.* 668
Rettifica 688
Risposta alla rettifica del prof. Leopold 760

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.